

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma n º 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Danilo
Corrêa, Autazes/AM**

Jonathan Augustin

Pelotas, 2015

Jonathan Augustin

**Melhoria da atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Danilo
Corrêa, Autazes/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Catiuscie Cabreira da Silva

Co-orientadora: Chandra Lima Maciel

Pelotas, 2015

A923m Augustin, Jonathan

Melhoria da Atenção Às Pessoas com HAS e/ou DM na UBS
Danilo Corrêa, Autazes/AM / Jonathan Augustin; Catiuscie Cabreira da
Silva, orientador(a); Chandra Lima Maciel, coorientador(a). - Pelotas:
UFPeL, 2016.

115 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Catiuscie Cabreira
da, orient. II. Maciel, Chandra Lima, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Dedico esse trabalho aos profissionais da UBS Danilo Correa, aos usuários dessa área de abrangência em geral, aos usuários com hipertensão e/ou diabetes em particular e todos os comunitários que contribuíram ao meu aprendizado de quem vou cuidar ao longo da minha carreira profissional nesta cidade.

“O mal só prevalece porque os bons não fazem nada.”

Edmund Burke

“Se você encontrar um caminho sem obstáculos, ele provavelmente não leva
a lugar nenhum.”

Frank Clark

Agradecimentos

Agradeço primeiro a Deus pelo fato de poder viver, cuidar, acompanhar, amar, aprender e compartilhar.

Agradeço a minha mãe, meus tios e minhas tias por me ensinarem com força e vontade para aprender e humildade para conseguir o que pretendo atingir. Agradeço também a minha família, em especial aos meus irmãos, meus amigos e colegas pela demonstração de apoio incentivo, por torcer sempre por meu sucesso.

Agradeço a meus grandes amigos e colegas do Programa Mais Médicos para Brasil principalmente os do Amazonas, por estarem presentes em todos os momentos bons e difíceis deste curso de especialização. Aos colegas do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas por compartilhar experiências, amizade e conhecimentos.

Agradeço a minhas orientadoras Chandra Lima Maciel e Catiuscie Cabreira da Silva pelo apoio e interesse oferecidos durante o curso e pelo incentivo para continuar apesar das dificuldades, por fazer-me acreditar no empenho de conseguir a meta de concluir esse curso, pelo aprendizado e apoio.

Agradeço a todos os orientadores, professores pelo empenho no ensinamento. A todas as enfermeiras com quem eu tenho trabalhado e toda a equipe de estratégia de saúde da família Danilo Correa de Autazes por sua contribuição. Agradeço a todos os usuários da área de abrangência sem os quais não seria viável a realização desse projeto.

Resumo

AUGUSTIN, Jonathan. **Melhoria da atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Danilo Corrêa, Autazes/AM**. 2016. 113 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Aperfeiçoar a atenção aos hipertensos e diabéticos é prioritária para o Ministério de Saúde do Brasil, por isso estabelece um programa especial de atenção para esses usuários com o objetivo de reduzir as complicações e a mortalidade por essas doenças. Na Unidade Básica de Saúde Danilo Correa do município de Autazes/Amazonas foi realizado uma análise situacional do serviço, na qual se identificou a necessidade de realizar um projeto de Intervenção com o foco no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos para melhoria deste programa. A intervenção foi realizada durante 12 semanas, no período de outubro de 2015 a janeiro 2016. O objetivo geral foi aperfeiçoar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus na UBS Danilo Correa, Bairro Centro do município de Autazes, AM. As ferramentas utilizadas para a coleta de dados durante a execução do projeto de intervenção foram: ficha-espelho ofertada pelo curso de especialização e diário de intervenção. As ações foram realizadas dentro dos quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. O grupo alvo da intervenção foram os comunitários com hipertensão (651) e diabetes (190) moradores em nossa área de abrangência. Para conseguir o objetivo, foi necessário utilizar várias estratégias tais como: capacitação dos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família, ampla divulgação e educação em saúde, cadastrar e acompanhar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes incrementando as consultas na semana sem diminuir o atendimento aos usuários habituais. Os resultados da intervenção mostraram uma melhora na qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes assim como um aumento do número de acompanhados. Com a intervenção cadastramos 408 usuários com hipertensão, o que representa uma cobertura de 73,1% e 267 usuários com diabetes, 100% de cobertura da área. Chegamos a atingir a meta aos 100% da maioria dos indicadores de qualidade tais como: exame médico em dia de acordo ao protocolo aos 100% dos usuários cadastrados, 100% dos usuários cadastrados com orientação nutricional sobre alimentação saudável, 100% dos usuários cadastrados com orientação sobre a prática de atividade física regular, 100% dos usuários cadastrados com orientação sobre os riscos do tabagismo. O projeto de intervenção, como esperado, aperfeiçoou o programa de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes melhorando a capacidade da equipe para superar os obstáculos de cada dia. A intervenção demonstrou a importância da convergência das ações de toda a equipe para conseguir os objetivos traçados para acompanhar e melhorar a saúde dos usuários. Tanto a comunidade como a equipe da Unidade Básica de Saúde Danilo Correa ficaram satisfeitas com os resultados da intervenção e nos comprometemos a incluir o projeto na rotina de atendimento e expandi-lo aos outros programas da ESF Danilo Correa.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Atividade de capacitação para a equipe da UBS Danilo Correa, Autazes/AM.	67
Figura 2	Grupo de educação em saúde sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física para a comunidade da UBS Danilo Correa, Autazes/AM.	69
Figura 3	Atividade de despedida da formação de Grupo de educação em saúde sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física.	69
Figura 4	Cobertura do programa de atenção às pessoas com hipertensão na UBS Danilo Correa, Autazes/AM.	75
Figura 5	Cobertura do programa de atenção às pessoas com Diabetes na UBS Danilo Correa, Autazes/AM.	76
Figura 6	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	78
Figura 7	Proporção de pessoas com Diabetes que possuem o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	79
Figura 8	Proporção de pessoas com Diabetes com o exame dos pés em dia de acordo com o protocolo	79
Figura 9	Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	80
Figura 10	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	81
Figura 11	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	82
Figura 12	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	83
Figura 13	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	84
Figura 14	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	84
Figura 15	Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa.	86
Figura 16	Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa.	86
Figura 17	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento	89
Figura 18	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento	91
Figura 19	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	91

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IVAS	Infecções de Vias Aéreas Superiores
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	31
2 Análise Estratégica	33
2.1 Justificativa.....	33
2.2 Objetivos e metas.....	35
2.2.1 Objetivo geral.....	35
2.3 Metodologia.....	38
2.3.1 Detalhamento das ações	38
2.3.2 Indicadores	56
2.3.3 Logística.....	63
2.3.4 Cronograma	66
3 Relatório da Intervenção.....	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	67
1.2. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	71
1.3. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	71
4 Avaliação da intervenção.....	73
4.1 Resultados	73
4.2 Discussão.....	92
5 Relatório da intervenção para gestores	95
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	98
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	100
Referências	102
Anexos	103

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na zona abrangência da UBS Danilo Correa, Bairro Centro, Autazes/AM. O volume está organizado em seis seções de trabalho sequenciais e interligado.

Na primeira seção foi apresentada a análise situacional na qual foram contemplados a análise inicial sobre a situação da UBS Danilo Correa, o relatório da análise situacional e, por fim, um comparativo entre a análise inicial e o relatório da análise situacional.

Na segunda seção foi descrita a análise estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção.

Na terceira seção foi apresentado o relatório de intervenção, no qual serão descritas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e aquelas que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

Na quarta seção foi contemplada a avaliação da intervenção, na qual foram apresentados os resultados, a discussão, o relatório que foi apresentado aos gestores e o relatório apresentado à comunidade local.

Na quinta seção foi apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso e a realização do projeto de intervenção.

Por fim, na última seção, foram apresentadas as referências utilizadas durante a elaboração do presente trabalho, e ao final os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho em Autazes, um município brasileiro no interior do estado do Amazonas, pertencente à Mesorregião de Centro Amazonense e Microrregião de Manaus, localiza-se a sudeste de Manaus, capital do estado, ficando distante destes cerca de 113 quilômetros. Ocupa uma área de 7 599,282 km² e sua população, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) em 2014, era de 36.301 habitantes (zona urbana e zona rural), sendo assim o décimo sexto município mais populoso do estado do Amazonas e o quinto de sua microrregião. Autazes sedia a maior festa bovina da Amazônia Ocidental, a Festa do Leite.

Autazes possui várias equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção primária em saúde (APS) que abrange 100% da população através de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) chamadas: Antônio Enfermeiro, Cidade Nova, Danilo Correa (onde eu atuo na Atenção Básica), Pantaleão (que é uma unidade Indígena), Santa Luzia e São José). Cada UBS tem uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e um número variável de agentes comunitários de saúde (ACS). No caso de Danilo Correa (unidade em que presto serviços) há duas equipes, as quais são formadas por uma coordenadora geral dos funcionários, quem proporciona o trabalho da Unidade Básica de Saúde; três Enfermeiras; dois auxiliares de enfermagem responsáveis do PNI (Programa Nacional de Imunização); duas técnicas de enfermagem, responsáveis pelos programas tuberculose Leishmaniose; três recepcionistas; seis funcionários para triagem; 2 auxiliares de serviços gerais e Copa; três médicos; dois odontólogos; duas técnicas de Higiene Bucal; duas auxiliares de odontologia; seis Agentes Comunitários de Saúde para a zona urbana e outros seis agentes comunitários de saúde para a zona rural; conta com apoio dos seguintes profissionais do NASF

(Núcleo de Apoio à Saúde da Família): fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, educador físico e fonoaudiólogo.

Apesar de ser uma UBS recentemente construída, eu realizo somente consultas porque não temos uma sala para casos de emergências/urgências, pois todos os casos urgentes são encaminhados para a Unidade Mista de Autazes (Pronto Socorro). A UBS está dotada de uma sala curativa, mas a mesma não funciona ainda por não ter as condições e materiais necessários. Estamos lutando para ter uma sala curativa funcional e pelo menos outra para observação de alguns casos que possam precisar. A UBS Danilo Correa funciona das 07:00hs da manhã às 17hs da tarde, com um intervalo para o almoço. Os tipos de consultas são demanda espontânea, consulta agendada, consulta agendada programada, consulta no dia. Eu atendo público em geral, e tenho um dia para atender grávidas, outro para crianças e também um dia para realizar visitas domiciliares.

As dificuldades existem e são muitas, mas a nossa equipe é trabalhadora e tem muita iniciativa, está sempre disposta a resolver os problemas. Acredito que o caminho ainda é longo, mas estamos na direção certa em busca de melhorar a saúde do nosso município.

O atendimento aos grupos de puericultura, gestantes (pré-natal conforme PHPN, sigla que significa Programa de Humanização de pré-natal), usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) funciona muito bem, pois para cada grupo tem seu atendimento com as respectivas programações e particularidades. Temos grupo de saúde mental e de apoio aos usuários de álcool e estamos iniciando o grupo para campanha contra o tabagismo. A saúde bucal já funciona, mesmo com muita demanda e inclusive com a dificuldade de que os usuários devem chegar na UBS antes das 04 da madrugada para conseguir uma vaga para ser atendidos pela parte da manhã ou da tarde. Realizamos atividades planejadas na UBS, como visitas domiciliares, palestras na própria UBS, e nas escolas, presídio e delegacia. As consultas agendadas na delegacia e no presídio com a realização de sorologia para HIV e Sífilis pensando que no risco que representa essas doenças transmissíveis, atendimento pré-natal, crianças, idosos, mulheres, atendimento puerperal. Além disso, realizamos acompanhamento das Doenças Crônicas e as Sequelas e/ou incapacidades que elas possam deixar, dos idosos sem familiares/acompanhantes e/ou que moram sozinhos.

Apesar de tudo desde a implantação da ESF a saúde da população melhorou muito, diminuindo o índice de internação. Internação por Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS) e por Infecções Diarréicas Agudas em menores de 5 anos e o óbito infantil é raro. Também conseguimos diminuir a internação por recorrências, reagudizações e complicações das Doenças Crônicas.

O município conta com mais 1 ginecologista que trabalha os 10 ou 12 primeiros dias de cada mês e 1 ortopedista que trabalha cada 15 dias (sendo o atendimento nos sábados) e dois cirurgiões. O município não dispõe de outros especialistas, o que dificulta nosso trabalho, porque muitas vezes precisamos de opiniões e ajuda dos especialistas para melhorar nosso trabalho e assim prestar um melhor serviço na Atenção Básica. Os casos necessários são encaminhados para Manaus.

O município conta geralmente com a prestação de serviços de equipe multidisciplinar de saúde e de grupos de especialistas. Por exemplo, do dia 11 a 13 de maio de 2015 tivemos na UBS Danilo Correa uma equipe de dermatologia da Fundação Alfredo Dálmata, um técnico e uma enfermeira. A equipe está muito disposta a trabalhar e colaborar com toda a equipe da nossa UBS e outros profissionais da saúde da cidade. A presença dessa equipe é no contexto da luta contra a Hanseníase, mas o atendimento inclui todos os casos de dermatologia. Eu pessoalmente estou aproveitando e sendo beneficiado por que depois do meu atendimento vou assistir com a dermatologista para aprender algumas coisas com ela.

Nos dias 19, 20 e 21 de junho de 2015 o município recebeu uma equipe multidisciplinar de Manaus que realizou cirurgias (Hérnias, Cistos, Lipomas, Cistos de Ovário, Nódulo de Mama, Períneo, Fimose, Hidrocele, Litíase Vesicular, Histerectomia, Ca de Próstata, entre outras) conhecidas como mutirão de cirurgia. Essa equipe habitualmente atua uma vez por ano na cidade (sendo o mês de junho o escolhido) é formada por quatro cirurgiões, dois anestesiologistas, e um instrumentador.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Autazes tem uma área de 7 599,282 km² e uma população, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) em 2014, de 36.301 habitantes (zona urbana e zona rural), é o décimo sexto município mais populoso do estado do Amazonas e o quinto de sua microrregião

O município possui várias UBS com ESF que abrange 100% da população através de sete UBS (Antonio Enfermeiro, Cidade Nova 1 e Cidade Nova 2 (esta última foi inaugurada há aproximadamente 2 meses, Danilo Correa (onde atuo), Pantaleão (UBS de Saúde Indígena), Santa Luzia e São José). Cada UBS tem uma equipe formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um número variável de ACS.

Aqui na UBS existem muitas dificuldades. A primeira diz respeito aos medicamentos, pois muitos que prescrevo nas consultas não são encontrados pela população na farmácia da Secretaria de Saúde. Outro problema maior ainda é quanto aos exames de laboratório e/ou complementares, pois normalmente os usuários precisam agendar para realizar os exames complementares para depois de um mês porque só existe um laboratório estadual ou municipal, que é o mesmo do hospital (Unidade Mista de Autazes), e a maioria das vezes não estão disponíveis os exames de rotina como hemograma completo e exame parasitológico das fezes, considerados os mais básicos. Para realização de exames complementares como Ecocardiograma, Ressonância, Tomografia, Endoscopia, Dosagem Hormonal, Eletroencefalograma os usuários são encaminhados para Manaus, pois não temos estes exames disponíveis no município. Outra dificuldade também é a falta de receituários, tanto habituais quanto controlados e mesmo os modelos para solicitação de exames. Todos esses assuntos já foram comunicados e discutidos com a diretoria da UBS, a Secretaria de Saúde e com o Gestor (prefeito). Mas até agora tudo continua igual. Os casos de Urgência/Emergência são resolvidos no Pronto Socorro também conhecido como Unidade Mista de Autazes (Hospital Dr. Deodato De Miranda Leão) e quando houver necessidade são encaminhados para Manaus. Espero que possamos resolver essas situações para melhorar o nosso atendimento e a saúde da população.

O município possui um Hospital (Dr. Deodato De Miranda Leão) chamado Unidade Mista de Autazes. E um hospital Estadual que conta com um serviço de laboratórios, uma sala de recepção, uma sala de parto, obstetrícia, uma sala de Curativo, uma sala de triagem, um posto de enfermagem (PE), Pronto Socorro, Pediatria I, Pediatria II, Enfermaria Masculina, Enfermaria Feminina, Recuperação Masculina, Recuperação Feminina, Conforto de Enfermagem, Conforto Médico, Isolamento (para casos suspeitos de tuberculose e AIDS, dois Centros Cirúrgicos, uma Sala de Urgência/Emergência, uma Sala de Raios X, uma Sala para a realização de Mamografias, uma sala para a realização de Eletrocardiogramas e Ultrassonografias.

O hospital dispõe sempre de um médico plantonista (as 24h), com uma enfermeira, técnicas de enfermagem, e o laboratório que funciona todos os dias. Também dispõe de dois cirurgiões, um trabalha 15 dias e o outro folga esses 15 dias.

Ao lado do hospital, há um banco de sangue (realização de transfusões de sangue, onde também se realiza o teste do pezinho).

O município possui também um NASF que é formado por uma Fisioterapeuta, uma Psicóloga, uma nutricionista, um educador físico e um fonoaudiólogo. Cada UBS trabalha em colaboração com o NASF, com o objetivo de prestar uma atenção de saúde multidisciplinar onde todos os profissionais são engajados e com preocupação de realizar intervenções e ações de saúde encaminhas a resolver os problemas de saúde de nossa população.

A UBS Danilo Correa está funcionando há aproximadamente 18 anos, mas há mais de 30 anos que estava funcionando como posto de saúde, segundo informações colhidas na secretaria municipal de saúde de Autazes (SEMSA). Ela é composta por duas equipes, que contém no total dois médicos; dois cirurgiões-dentistas; uma coordenadora geral dos funcionários, quem proporciona o trabalho da Unidade Básica de Saúde; três enfermeiras; dois auxiliares de enfermagem responsáveis pelo PNI (Programa Nacional de Imunização); duas técnicas de enfermagem, responsáveis pelos programas tuberculose, Leishmaniose; 3 recepcionistas; 6 funcionários para triagem; duas auxiliares de serviços gerais; três médicos; dois cirurgiões-dentistas; duas técnicas de Higiene Bucal; dois auxiliares de odontologia; seis ACS para a zona urbana e outros seis para a zona rural. Cada equipe é formada por um/a cirurgião-dentista, um/a técnico de higiene bucal, um/a

auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis ACS e um/a médico/a.

A UBS Danilo Correa atende vários bairros da cidade/zona urbana: Centro, São José (em partes), Engenho, Olinda (em partes), Nossa Senhora Aparecida e todos os usuários pertencem à zona rural (interior da cidade). É importante mencionar que tem usuários que pertencem a outras UBS e que escolhem ser atendidos aqui na nossa USB só por questão de preferência. Nós orientamos para cada usuário ser atendido em sua área de abrangência, mas até agora não conseguimos. Na área de abrangência da UBS Danilo Correa residem 3.668 pessoas.

A UBS possui uma sala de nebulização, o que permite resolver ou pelo menos melhorar o estado dos usuários que comparecem com clínica de dispnéia e precisam de nebulização. Geralmente está disponível Atrovent e Berotec, soro fisiológico e todos os equipamentos necessários para realizar o procedimento. Também possui uma sala de curativo, mas que quase não funciona por falta de materiais e as condições necessárias. Estamos multiplicando nossos esforços para resolver esse problema em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Existe uma sala de vacina com dois auxiliares de enfermagem muito responsáveis e trabalhadores, que se engajam no controle de vacinação de toda a população (crianças, gestantes, idosos, usuários com hipertensão e diabetes, grupos vulneráveis ou de risco).

Quanto à estrutura física da UBS, não existe sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação através de textos. Também não existe sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação através de figuras nem de sinalização dos ambientes que permita a comunicação através de recursos auditivos (sonoros). A maioria das salas tem janelas ou ventilação indireta (exaustor) que possibilitam a circulação de ar e iluminação natural. As paredes internas e os pisos são todos lisos. Os pisos são de superfície lisa e de superfície regular, firme, estável e antiderrapante, o qual evita qualquer tipo de acidente que poderia acontecer tanto conosco (trabalhadores) e os usuários. Tem dois banheiros para usuários e outros dois para os trabalhadores. A UBS possui também uma sala de reuniões e de educação em saúde para a realização de projetos, resolução de problemas e busca de soluções, também uma na sala de espera onde podem se acomodar de 30 a 40 pessoas, e um abrigo para resíduos.

As paredes da UBS são todas pintadas, mas precisam ser pintadas de novo para manter a limpeza da estrutura do prédio. A UBS possui uma copa/cozinha com uma geladeira, um armário, disponibilidade de água para o pessoal. Essa copa é dedicada também para acontecimentos como merendas de aniversariantes e realização de reuniões.

O prédio está em ótimas condições para prestar uma atenção à saúde de qualidade, com respeito aos usuários, porém devemos manter a limpeza, como estamos fazendo. Um único problema é que as paredes precisam ser pintadas, sobre esse assunto já conversei com a coordenadora e a enfermeira chefe, as mesmas já estão tomando providências.

Todas as equipes estão na tentativa de criar uma área com mais envolvimento nas tomadas de decisões e na participação comunitária. Nosso objetivo é o engajamento integral de todos nós no processo de adequação da Saúde e melhoria do atendimento, promovendo a responsabilidade de todos. Sem dúvida nenhuma, obteremos resultados favoráveis e satisfatórios fruto de nosso trabalho em colaboração com a comunidade. O engajamento dos profissionais também é importante para o desempenho da rotina diária porque nosso engajamento é diretamente proporcional ao deles. Estas questões são abordadas com frequência para oferecer uma atenção de melhor qualidade a nossos usuários, tendo em conta sempre a Educação em Saúde, a participação da comunidade, o controle social e respeitando os princípios da integralidade, universalidade e equidade.

Estamos conseguindo estimular a participação dos usuários para que eles mesmos sejam envolvidos na tomada de decisões e dessa forma ampliem sua autonomia, para com isso fazerem do cuidado à saúde e da prevenção uma prioridade em suas vidas.

Conseguimos formar grupos dentre os moradores para a estimulação de programas coletivos, na busca de melhoras do entorno social devido ao fato que a sua repercussão na saúde é evidente. Tentamos reunir líderes como padres de Igrejas católicas, pastores, advogados, policias com o objetivo de orientá-los e pedir para que se envolvam na melhoria e na manutenção, já que não pode existir educação em Saúde sem inclusão social. Estamos no caminho certo, pois a população gosta da ideia e promete participar plenamente.

Realizamos visitas domiciliares e cuidado contínuo ao domicílio, caso seja preciso, segundo o planejamento, grupos de risco e também por prioridade. É

importante mencionar que estas visitas são realizadas por toda a equipe e de acordo as necessidades da população. Um exemplo clássico, quatro semanas atrás eu tinha visita programada com uma ACS, 10 minutos antes de sair nos chegou um aviso de uma usuária que precisava de um atendimento de urgência. Então, nós fizemos todas as visitas programadas, mais essa que era de caráter urgente, pois devemos ser engajados.

O acompanhamento ao usuário em situações de internação hospitalar não é realizado nem no serviço especializado, pois não temos acesso a estes serviços. Mas, em situações de internação domiciliar, o acompanhamento e o seguimento da equipe está disponível no horário de trabalho, inclusive às vezes até fora desse horário. Todos os profissionais trabalham na busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória em colaboração com a vigilância em saúde da cidade.

De fato as atividades de qualificação profissional são poucas aqui, mas nas reuniões tentamos avaliar o atendimento de cada profissional. Também se analisa as queixas da população em vista a saber se os aspectos éticos e o engajamento estão sendo cumpridos.

Estamos precisando fortalecer o controle social, orientando cada vez mais o profissional da saúde. Precisamos também de esforços mútuos de profissionais, usuários e autoridades para conseguir o melhor para todos, pois às vezes o município não acompanha e devemos saber que o estilo de vida, as condições da comunidade e o estatuto social são indispensáveis para uma comunidade saudável.

Realizamos reuniões mensais ou bimensais e os temas discutidos são diversos, como o engajamento dos profissionais, os direitos dos usuários, o bom funcionamento da UBS, queixas e denúncias dos usuários, desaparecimento dos prontuários (que é comum na UBS), divergências entre alguns profissionais, recursos para a UBS. Geralmente, depois de cada reunião chegamos a uma conclusão.

Em relação à população da área adstrita, nossa UBS tem uma população na área de abrangência de 3.668 habitantes. A estrutura de nossa área por idade mostra um percentual de jovens, adultos, crianças e idosos variável e a distribuição da população por sexo mostra um ligeiro predomínio do sexo feminino. Na minha opinião, o tamanho do serviço é adequado.

Depois da leitura e análise do texto trazido no Manual do Ministério da Saúde (2011), acho que a UBS Danilo Correa não tem ainda a estrutura preconizada para

realização de demandas espontâneas em toda sua integralidade devido à carência de materiais e de procedimentos básicos, como por exemplo, a escassez de medicação. Na realidade, ainda não temos todas as condições para lidar com esse tipo de situações, no entanto esses assuntos serão discutidos em reuniões.

Na UBS não existe sala de acolhimento multiprofissional, também não existe uma equipe para realizar este acolhimento. Porém o acolhimento é feito desde a chegada dos usuários e realmente é realizado pelo pessoal da recepção que está bem treinado para dar um acolhimento caloroso, cordial e muito humano. Porque a nossa população tem todo o direito a uma atenção de saúde oferecida com cumprimento.

Com relação à saúde da criança, aqui na UBS Danilo Correa é nossa prioridade o atendimento integral a este grupo. Sabemos que existe desigualdade social, falta de cobertura de algumas crianças para assistência médica, o que reflete em uma realidade que explica a mortalidade nas primeiras etapas de vida por causas que geralmente poderiam ser evitadas. Neste contexto, os profissionais desta UBS estão todos engajados a respeitar os direitos das crianças como usuários. Quanto à puericultura, a atenção é universal porque a saúde é direito de todas as crianças e não só de algumas.

As consultas de puericultura (0-72 meses) são realizadas nos dias de terça, quarta e quinta-feira sem agendamentos prévios. Mas todos os dias há atendimento para as crianças conforme as demandas da população. Em cada consulta, a caderneta da Criança é preenchida devidamente, com ênfase no peso, perímetro cefálico, curvas de crescimento e imunização. O preenchimento destas informações nos ajuda a avaliar a criança comparando sua evolução com as informações das consultas anteriores com a atual. Uma vez concluídas as consultas são marcadas as consultas subsequentes, tendo como base as indicações do Ministério da Saúde do ano de 2013. Nas consultas de Puericultura, a relação com a criança-mãe-família tem um papel importante, já que se esta relação é equilibrada haverá também um bom equilíbrio emocional na família, tudo isso levará a um melhor desenvolvimento psicomotor.

Uma dificuldade que temos quanto à atenção prestada às crianças da UBS é o fato da maioria da população acreditar que todos os problemas das crianças têm sempre de ser resolvidos pelos pediatras e/ou em serviços especializados. Para reverter essa situação devemos nos esforçar para a realização de ações de saúde

(Promoção e Educação em Saúde) que permita que as crianças que hoje são levadas pelas mães a centros supostamente especializados, confiem nos profissionais que atuam na APS e permitam o seguimento da criança em todas as etapas da vida.

Temos um número de crianças menores de um ano residentes da área de abrangência de 77, a cobertura para o programa é de 100%. De acordo com os indicadores de qualidade avaliados nos cadernos das ações programática, 97% das crianças estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; 13% com atraso da consulta agendada em mais de sete dias; todas realizaram teste do pezinho até sete dias, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, estão com as vacinas em dia e receberam orientação para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes; 95% fizeram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e avaliação de saúde bucal e 91% fizeram triagem auditiva. Usamos na UBS os protocolos e instrumentos manuais conforme recomenda o MS.

Os indicadores de qualidade são avaliados através das seguintes ações: realização da primeira consulta de puericultura, que é efetuada nos primeiros sete dias de vida, mediante a realização de visita domiciliar; triagem auditiva, assim como a monitorização do crescimento e desenvolvimento psicomotor e é realizada nas consultas médicas ou de enfermagem; técnicas de enfermagem que efetuam a vacinação das crianças, seguindo o calendário de vacinação estabelecido pelo MS; equipe de saúde bucal, através de ações de prevenção das cáries, assim como, de palestras educativas e orientação sobre o aleitamento materno, cuidados da higiene da criança, desenvolvimento psicomotor, etc.

O modelo de trabalho está compartilhado da forma seguinte: a enfermeira é a responsável pela realização da consulta de enfermagem e as auxiliares de enfermagem estão incumbidas da realização da vacinação e da triagem, os médicos da realização das consultas médicas. A dinâmica do trabalho inicia-se com a triagem por parte das técnicas de enfermagem onde são realizadas a pesagem, a medição da altura, e verificação da Temperatura Corporal. Enquanto os médicos se ocupam da outra parte técnica de cada atendimento. Infelizmente, não existe um tipo de registro específico. Mas usamos a caderneta da criança para um melhor acompanhamento e seguimento. Em cada consulta é obrigatório orientar e agendar a próxima consulta e o preenchimento da caderneta da criança. Existe um

planejamento e monitoramento do programa que é realizado pela enfermeira e o médico em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde a cada três meses.

Algumas dificuldades encontradas na realização da puericultura são: falta de vacinas algumas vezes; esquecimento da Caderneta da Criança; falta de medicamentos, como relatei na descrição da Estrutura da UBS e escassez de serviços especializados na cidade. Apesar de todas as dificuldades que possam aparecer ao longo de nosso desempenho como profissionais, estamos dispostos a reunir, conversar, educar a população, identificar problemas e buscar elementos de soluções. Também estamos na espera das críticas e sugestões da população. Concluindo, considero que em muitas oportunidades as ações de puericultura, numa perspectiva da clínica ampliada, terminam por ser suplantadas pelas características do trabalho centrado na produção de procedimentos e não na produção de cuidados.

Com relação às ações voltadas ao pré-natal e puerpério, do ponto de vista técnico e profissional, em cada consulta são considerados os seguintes aspectos: a realização do exame clínico e obstétrico; é calculada a idade gestacional, a data provável do parto; realização da avaliação do estado nutricional; controle da pressão arterial; realização da palpação obstétrica, medição da altura uterina e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais; verificação da presença de edema; orientação sobre a importância do uso do sulfato ferroso e/ou ácido fólico e também do aleitamento materno (tanto para a mãe quanto para a criança) e orientação sobre o aparecimento de qualquer sintomatologia ou desconforto. Além dos conhecimentos técnicos que cada profissional deve ter para uma boa Atenção Pré-natal e Puerpério, a meu ver a relação Médico-Gestante é fundamental, a qual deve conferir confiança para cada gestante e com tudo isso teremos mais informações para um atendimento mais engajado, onde os direitos de cada gestante serão respeitados e cumpridos com integralidade.

O Manual de atenção ao Pré-natal do MS (2012) engloba a função da atenção básica e como bem explica o texto, o objetivo do acompanhamento pré-natal pelas UBS é assegurar o desenvolvimento da gestação permitindo o parto normal (sem complicações) com o subsequente nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive nos aspectos psicossociais e nas atividades educativas e preventivas. O Caderno de Atenção ao pré-natal é um guia eficiente para o cuidado integral da mulher grávida, ele responde ao cuidado

universal e está muito vinculado com a realidade do Brasil. Se trata de uma ferramenta simples com todas as informações necessárias que o profissional precisa para o acompanhamento, seguimento e cuidado às gestantes. Independentemente do lugar do país onde o profissional esteja atuando, este caderno está disponível para realizar uma Atenção pré-natal de acordo com os princípios da universalidade e equidade para todas as mulheres (gestantes) brasileiras. Esta ferramenta permite uma cobertura integral das ações e fornece de forma sistemática as normas a serem seguidas, levando a resultados positivos e também redução da taxa de mortalidade materna, neonatal e infantil.

Na UBS Danilo Correa, realizamos todas as ações propostas pelo Manual do MS, apesar de que muitas vezes faltam insumos para a realização de oncocitologia colposcópica e de secreção vaginal. Outra dificuldade diz respeito à realização de exames complementares, que já foi relatada anteriormente. Às vezes o ácido fólico e sulfato ferroso também faltam, estamos em conversas e reuniões para resolver estas situações. Em cada consulta, a caderneta da gestante é preenchida devidamente fazendo ênfase ao Peso/IMC, Pressão Arterial, Altura Uterina, Imunização, presença de Edema. O preenchimento destas informações nos ajuda a avaliar cada gestante comparando a evolução das consultas anteriores com a atual. Uma vez concluídas, são marcadas as consultas subsequentes.

O número de gestantes da área de abrangência é estimado em 37, o qual representa 1% da população total, a cobertura para o programa é de 98% (36). Destas, 81% iniciaram o Pré-natal no 1º Trimestre, 83% fizeram com avaliação de saúde bucal e todas estão com as consultas em dia de acordo com calendário do MS, com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, com vacina antitetânica e contra Hepatite B conforme protocolo, com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, com exame ginecológico por trimestre e com orientação para aleitamento exclusivo.

Criamos as condições necessárias para que todas as gestantes que procurem a UBS sejam atendidas com a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; que sejam realizados todos os exames complementares necessários; esclarecimentos de dúvidas e informar de maneira clara sobre os procedimentos que vão ser feitos durante a consulta e o tratamento das possíveis intercorrências; é importante a realização de atividades educativas

durante este período, seja mediante a realização de palestras ou de maneira individual. Também durante a consulta de pré-natal, informamos às gestantes sobre os seguintes desconfortos comuns durante a gestação: náuseas com ou sem vômitos; dor abdominal, cólicas, flatulência (gases) e constipação intestinal; hemorróidas; corrimento vaginal; queixas urinárias; dispnéia; mastalgia (dor nas mamas); lombalgia (dores nas costas); cefaléia; sangramento gengival; varizes; câimbras; edema; estrias; cloasma gravídico.

Para o puerpério temos 75 mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. O número estimado é de 77, o que corresponde a uma cobertura de 97% das puérperas da área; 70 mulheres consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, 68 tiveram a sua consulta puerperal registrada, e todas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Todas as acompanhadas tiveram as mamas e o abdome examinados, e realizaram exame ginecológico.

O modelo de trabalho está compartilhado da forma seguinte: a enfermeira é a responsável pela realização da consulta de enfermagem, cadastramento das gestantes e as auxiliares de enfermagem estão incumbidas da realização da vacinação e da triagem, os médicos da realização das consultas médicas. A dinâmica do trabalho inicia-se com a triagem por parte das técnicas de enfermagem onde se executam as tarefas de pesagem, medição da altura e verificação da Pressão Arterial. Enquanto os médicos e as enfermeiras se ocupam da outra parte técnica de cada atendimento. Em cada consulta são obrigatórios a revisão e o preenchimento da caderneta de cada gestante; lembrando que trabalhamos com as fichas do SISPRENATAL, respeitando as normas do MS e aplicando os protocolos. Existe um planejamento e monitoramento do programa que é realizado pela Enfermeira e médico em colaboração com a secretaria de saúde municipal a cada três meses.

O Câncer de mama e o Câncer de Colo útero são tumores que apresentam maior potencial de prevenção e cura quando se diagnostica de forma precoce. Por esta razão, na UBS Danilo Correa, estamos formando programas de prevenções ou reforçando aqueles que já estão funcionando para fornecer informações necessárias às mulheres, com o objetivo de diminuir um eventual desenvolvimento dessas doenças. A estratégia que usa nossa UBS para prevenir o Câncer de mama e o Câncer de Colo útero focaliza-se na prevenção. Temos dias de agendamento

especial para saúde das mulheres e sempre é o momento oportuno para abordar informações necessárias, aproveitando para falar com elas sobre a importância de saber identificar os fatores de riscos. Não fuma e não beber, essa é a regra mais importante para prevenir o câncer e é um fator de risco importante que pode favorecer o aparecimento dos cânceres de forma geral, inclusive câncer do colo de útero e de mama.

Felizmente, para a população de nossa área são poucas as mulheres que fumam, mas existem algumas mulheres que são fumantes com consumo elevado de cigarros. Insistimos sempre sobre a necessidade de evitar esse hábito realizando educação em Saúde com a população, principalmente a população feminina, sobre a alta relação existente entre o ato de fumar e os cânceres e que parar de fumar é um fator importante para prevenir problemas futuros, tanto para as mulheres quanto para a população em geral. Com respeito ao alcoolismo, o fato é igual ao tabagismo, com a única exceção de que hoje em dia a população jovem vai para muitas festas e geralmente usam, até às vezes abusam de bebidas alcoólicas. Mas nossa missão é investigar, identificar problemas e analisar. Já sabemos qual é o problema, vamos continuar trabalhando para resolver de forma concreta e engajar esta situação.

Também no dia de atendimento especial para mulheres, ressaltamos a importância de uma alimentação saudável como um fator de proteção para reduzir muito o risco de câncer. Damos muita ênfase ao benefício que traz o consumo de mais frutas, verduras, vegetais e evitar alimentos com muitas gorduras. Entre outras medidas, falamos sobre a importância de controlar o peso por meio de uma boa alimentação e manter-se ativo, insistimos sob a importância da atividade física e realizar 30 minutos ao dia já é rentável para o corpo. São atividades existentes na UBS e que está em plena execução no atendimento das mulheres no dia da consulta de saúde da mulher. A educação sexual, importância de parceiro estável ou uso de preservativos durante a relação sexual são os aspectos que preconizamos para evitar contrair HVP e realização do exame preventivo citopatológico. As mulheres com idade entre 25 e 64 anos ou menor de 25 com início precoce da relação sexual devem realizar exame preventivo ginecológico. Após dois exames normais seguidos, deverá realizar uma oncocitologia colposcópica anual. Para os exames alterados, deve-se seguir as orientações médicas e encaminhar para ginecologista.

A cobertura do programa do controle do câncer de colo de útero é de 100% (776) da população alvo, assim considerado excelente. Quanto aos indicadores de qualidades, foram encontrados os seguintes valores: Exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 94%; exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 86%; Exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, 2,57%; avaliação de risco para câncer de colo de útero, 1,54%; orientação sobre prevenção de CA de colo de útero, 100%; orientação sobre DSTs, 100%; exames coletados com amostras satisfatórias, 99% e exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar, 7,33%. Aproximadamente há dois anos atrás, os valores dos indicadores refletidos no CAP eram mais desfavoráveis, mas agora com o engajamento de toda a equipe, a educação em saúde, o cadastramento de toda a população conseguimos melhorá-los; todo com a participação ativa da população.

Considero que os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados são: o acolhimento à mulher, para que a mesma tenha a possibilidade de realizar a coleta no mesmo dia ou na data que ela escolha; em muitas oportunidades a coleta e fixação da amostra citopatológica do colo do útero é inadequada; desenvolvimento de um método de captura oportunística das mulheres que visitem a unidade por outros motivos, e as convencer a realizar o exame citopatológico, e não como acontece atualmente que é utilizado o rastreamento organizado. Para não perder o seguimento das mulheres com exame alterado podemos estar mantendo o livro de registro atualizado, de forma a conhecer quais são as mulheres que não retornaram ao serviço à procura do resultado e desencadear um mecanismo de busca ativa.

Quanto ao câncer de mama, as mulheres com 40 anos ou mais devem realizar o exame clínico das mamas anualmente. Aquelas que estiverem entre 50 e 69 anos devem realizar ainda, a mamografia a cada dois anos. Esses exames devem ser feitos mesmo que a mulher não perceba nenhum sintoma. Se uma pessoa da família, principalmente a mãe, irmã ou filha teve esta doença antes dos 50 anos de idade, a mulher tem mais chances de desenvolver um câncer de mama. Quem já teve câncer em uma das mamas ou câncer de ovário em qualquer idade, deve ficar mais atenta. Nestes casos, a partir dos 35 anos, o exame clínico das mamas e a mamografia devem ser feitos uma vez por ano. Este é nosso protocolo de atendimento para o rastreamento de câncer de mama, adicionando a auto

avaliação pelas usuárias. A cobertura das ações de controle ao câncer de mama é de 100% com 179 mulheres acompanhadas, sendo que todas têm avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama, 89% estão com a mamografia em dia e 11% estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso.

O modelo de trabalho está compartilhado da forma seguinte: a enfermeira é a responsável pela realização da consulta de enfermagem, realização do preventivo (exame citopatológico), secreção vaginal e as auxiliares de enfermagem estão incumbidas da realização da vacinação e da triagem, os médicos da realização das consultas médicas. A dinâmica do trabalho inicia-se com a triagem por parte das técnicas de enfermagem. Enquanto os médicos e as enfermeiras se ocupam da outra parte técnica de cada atendimento. Existe um planejamento e monitoramento do programa que é realizado pela enfermeira e médico em colaboração com a secretaria de saúde municipal a cada três meses; lembrando que trabalhamos com manuais do MS e aplicação dos protocolos estabelecidos.

Na UBS existe um dia que é reservado para o atendimento de usuários portadores de HAS e DM, conforme preconiza o MS, o qual consiste em agendar ou planejar um dia especial para atendimento desses usuários, porque requerem uma atenção de saúde cuidadosa, específica, engajada e continuada. Assim, com o agendamento prévio de nossos usuários é muito mais fácil para nós estratificá-los em grupos (com ou sem riscos cardiovasculares) desde antes das consultas e planejar as ações a serem tomadas considerando cada um deles para a busca de soluções.

Este atendimento é realizado todas as quartas-feiras pela tarde para os portadores de HAS e DM, mas há atendimento a demanda espontânea todos os dias. O modelo de trabalho para o atendimento de usuários portadores de HAS e DM está compartilhado da forma seguinte: a enfermeira é a responsável pela organização do agendamento dos usuários. A dinâmica do trabalho inicia-se com a triagem por parte das técnicas de enfermagem. Enquanto os médicos e as enfermeiras se ocupam da outra parte técnica de cada atendimento. Existe um planejamento e monitoramento do programa que é realizado pela enfermeira e médico em colaboração com a secretaria de saúde municipal a cada três meses; lembrando que trabalhamos com manuais do MS e aplicação dos protocolos estabelecidos. Outro aspecto a considerar é que às vezes os usuários faltam às

consultas e ao voltar são atendidos como atendimento a demanda espontânea ou no dia do atendimento conforme chegam.

Ambos os grupos são atendidos no mesmo dia, pois existe um dia específico para eles durante a semana e seu retorno está garantido para uma próxima consulta agendada, de forma que possam manter a atenção de saúde continuada. Todos os dados são preenchidos no prontuário de cada usuário, o qual reflete todas as informações vinculadas a ele, por exemplo: sexo, idade, as medidas antropométricas, o índice de massa corporal, o perímetro abdominal, entre outros. Através deste prontuário, temos uma informação correta sobre o tempo de evolução da doença. Os usuários com hipertensão precisam de um cuidado bem particular, por que são propensos a alteração súbita da pressão, que pode ser consequência de alguns fatores externos, como estresse, ambiente inadequado, alimentação rica em sódio. Para acolhimento temos uma sala de espera com condições adequadas onde os usuários podem esperar tranquilamente até o atendimento médico. Já sabemos que o acolhimento do usuário também faz parte de um atendimento humanizado e engajado.

A abordagem das medidas preventivas não farmacológicas na UBS para a HAS e DM é realizada pelo mesmo ponto de vista e a prevenção é similar. Todos os usuários são informados suficientemente sobre como evitar os agravamentos de suas doenças e de como saber identificar os fatores de risco. Entretanto, fornecemos conhecimentos básicos nos baseando na educação em saúde e orientações gerais aos indivíduos sobre a mudança de estilo de vida. Essa mudança de estilo de vida consiste em uma alimentação saudável (consumo de frutas, vegetais, comida com pouco sódio e gordura, legumes, verduras, saladas e fibras dietéticas), diminuir o consumo de álcool, evitar o tabagismo e promoção sobre a importância de exercício físico regular, entre outras, são diferentes atividades encaminhadas a interromper a progressão da HAS e DM, assim como evitar complicações, sequelas e eventos de mortalidade.

Muitos usuários não valorizam a importância do exercício físico regular, ou seja, eles não sabem ainda o grande benefício que aporta sobre o controle da HAS e DM. Mediante a educação, estamos vencendo essa barreira, porque os informamos que a atividade física faz parte do tratamento das duas entidades. Geralmente, insistimos muito para estimular os usuários para praticar exercício físico regular pelo menos 30 minutos ao dia. Muitos deles relatam que não tem condições

para ir à academia, mas sempre procuramos informar que o esporte não tem que ser feito exclusivamente em academias. Por exemplo, uma caminhada de 15 minutos em duas sessões é uma boa prática de exercício físico.

Outro elemento importante no atendimento para usuários portadores de HAS e de DM é o exame físico. Já sabemos que toda avaliação de um usuário tem que ser realizada de forma integral. Nós focalizamos sobre o exame físico detalhado dos usuários, por exemplo, o controle de peso, avaliação se há existência de obesidade, avaliação da palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, pulsos periféricos, sensibilidade, avaliação visual, da pele, etc. A anamnese é de suma importância, porque muitas vezes os problemas agudos de portadores podem estar vinculados com uma situação do seu entorno, por ineficiência de um tratamento adequado ou outros fatores externos. Neste contexto, cabe destacar a grande importância da relação médico – usuário, criando sempre um ambiente positivo que garanta confiança nessa relação. Ao conseguir este vínculo, com certeza teremos toda a informação necessária sobre a história da doença, identificaremos cada problema e iremos em busca de soluções.

Outro aspecto importante do atendimento deste grupo é o tratamento. Este tratamento se divide em não farmacológico e farmacológico. O tratamento não farmacológico já foi relatado acima. Quanto ao tratamento farmacológico, o padrão é o típico do SUS, existe a secretaria de saúde que fornece medicamentos aos nossos usuários, quando há. Uma dificuldade muito grande que eu venho relatando desde o início do relatório é a falta de medicamentos, que é muito comum aqui na cidade, tampouco existe uma farmácia popular em nosso município.

Também, os usuários estão submetidos às revisões periódicas, conforme os protocolos de atendimento do MS, e muitas vezes procuramos avaliação multidisciplinar e/ou de serviços especializados e, quando existem alterações descobertas pelos exames de rotina ou a clínica dos usuários, encaminhamos para o centro especializado para seguimentos dos usuários. Trabalhamos de acordo com os protocolos do MS. Os cadernos dedicados à atenção básica constituem uma ferramenta imprescindível e muito útil para o desenvolvimento de um ótimo atendimento para portadores de HAS e/ou DM. Porém, como profissionais engajados, temos muitas mais coisas a superar para a melhora do atendimento.

A cobertura do programa na UBS é de 89% (580) para HAS e de 79% (140) para DM, valores que, em minha opinião, são satisfatórios, mas podem ser

melhorados, pois o CAP estima que existem na área 651 pessoas com HAS e 186 com DM. Os indicadores da qualidade da atenção às pessoas com HAS avaliados são: Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, Orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável, 100%; Exames complementares periódicos em dia, 97%; Avaliação de saúde bucal em dia, 79% e Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, só 9%. Com relação à pessoa com DM, os indicadores de qualidade são: 100% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e Orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável; 9% com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias; 78% com exames complementares periódicos em dia; 93% com exame físico dos pés nos últimos 3 meses e com avaliação de saúde bucal em dia; 94% com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses.

O modelo de trabalho está compartilhado da forma seguinte: a enfermeira é a responsável pela realização da consulta de enfermagem, entrega de medicamentos e as auxiliares de enfermagem estão incumbidas da realização da vacinação e da triagem, os médicos da realização das consultas médicas. A dinâmica do trabalho inicia-se com a triagem por parte das técnicas de enfermagem onde são realizadas a pesagem, a medição da altura e a medição da Pressão Arterial, etc. Enquanto os médicos e as enfermeiras se ocupam da outra parte técnica de cada atendimento. Infelizmente, não existe um tipo de registro específico, mas usamos a caderneta da pessoa idosa nos casos dos usuários idosos para um melhor acompanhamento e seguimento.

Existe um planejamento e monitoramento do programa que é realizado pela enfermeira e médico em colaboração com a secretaria de saúde municipal a cada três meses. Em cada consulta é obrigatório orientar e agendar a próxima consulta e o preencher o caderno do idoso (casos dos usuários idosos). Com relação às melhorias, seria muito bom que nossa equipe realizasse mais atividades com grupos de adultos com HAS e/ou DM. Deveria haver um profissional dedicado ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM. Esta é nossa perspectiva e com o tempo conseguiremos um atendimento integral conforme os protocolos estabelecidos.

O tipo de atendimento oferecido pela UBS para usuários idosos relaciona-se

com o protocolo do MS. Consideramos que a forma de atendimento dos idosos é diferente em todos os aspectos, pois eles constituem um grupo que merece atenção especial. Aqui na UBS, igual a todos os outros usuários, estão cadastrados com prontuários preenchidos. Na UBS, os usuários idosos são priorizados, independentemente da ordem de chegada ao consultório, eles são as primeiras pessoas a serem atendidas, ao menos que exista um caso urgente com prioridade maior. Então, o acolhimento é fundamental, os idosos devem sentir-se seguros e valorizados. Cabe ressaltar que a humanização é um parâmetro fundamental para um atendimento exitoso dos idosos. Nenhum deles gosta de ser minimizados, e na sua chegada à consulta preparamos um acolhimento humanizado com o objetivo de criar um ambiente de paz, e assim, eles mesmos deduzirem que aquela é mais uma etapa normal da vida e não um grupo diferente do resto da população. Esse tipo de acolhimento é para o bem e conforto dos usuários com idade avançada. Todos os funcionários da UBS sabem que devem priorizar os idosos e que devem atendê-los com respeito e carinho.

Também realizamos visitas domiciliares frequentes e também valorizamos o estado dos usuários, sobretudo os portadores de doenças crônica como HAS ou DM, ou seja, fazemos uma avaliação da capacidade funcional global do idoso nos baseando na avaliação de risco para comorbidade. Porém, os portadores de doenças crônicas com HAS ou DM tem uma vigilância especial e muitas vezes agendamos consulta domiciliar, e em caso necessário, todos os cuidados, o tratamento e o seguimento e acompanhamento contínuo são realizados em domicílio com a supervisão dos profissionais, caso seja preciso (recebem medicamentos em casa pela visita médica, assim como indicações dos exames de rotina de controle, material de assepsia/antisepsia).

Também realizamos algumas atividades encaminhadas para um atendimento integral dos usuários idosos. A promoção da saúde da população idosa é fundamental, em nossa UBS enfatizamos sobre os cuidados especiais e prevenção. Temos que informar aos idosos ou seus familiares e/ou acompanhantes sobre a importância de uma alimentação saudável, da prática de exercício físico regular, o benefício de evitar o tabagismo, o consumo reduzido de gorduras, também sobre reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e confusão aguda, infecções respiratórias, diarreias e desidratação.

A cobertura do programa do idoso na unidade é de 100%, temos 221 cadastrados e os indicadores de qualidade avaliados são satisfatórios, onde: 100% dos idosos tem a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular, 90% realizaram avaliação Multidimensional Rápida e estão com avaliação de saúde bucal em dia, 95% estão com acompanhamento em dia, sendo que 81% para HAS e 28% para DM, 95% fizeram avaliação de risco para comorbidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice.

O modelo de trabalho está compartilhado da forma seguinte: a enfermeira é a responsável pela realização da consulta de enfermagem e os técnicos de enfermagem estão incumbidos/as da realização da vacinação e da triagem, os médicos da realização das consultas médicas. A dinâmica do trabalho inicia-se com a triagem por parte das técnicas de enfermagem onde são realizadas a pesagem, a medição da altura, a verificação da Pressão Arterial e outros cuidados quando precisar. Enquanto os médicos e as enfermeiras se ocupam da outra parte técnica de cada atendimento. Infelizmente, não existe um tipo de registro específico, mas usamos o caderno de idosos para um melhor acompanhamento e seguimento. O planejamento e monitoramento do programa ocorre como nos demais programas. Em cada consulta são obrigatórios a revisão e o preenchimento da caderneta de cada idoso.

Com base no exposto sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, seria muito bom que nossa equipe realizasse mais atividades em grupo. Esta é nossa perspectiva e com tempo conseguiremos um atendimento integral conforme os protocolos estabelecidos pelo MS.

Com relação à Saúde Bucal, a capacidade para prática clínica é satisfatória. A equipe de Saúde Bucal é constituída por dois cirurgiões-dentistas e duas técnicas de saúde bucal. Considero que as condições para a realização de ações coletivas são quase inexistentes uma vez que o espaço é inadequado para a realização de palestras de orientação e, não existem instalações para a escovação supervisionada (escovódromos). Uma solução para estes problemas seria a utilização de outros locais na comunidade. Assim, para esse efeito, a nossa equipe de saúde pensa em sensibilizar o Pastores, Padres, associações de bairros existentes perto da UBS, para que nos permita a utilização dos respectivos locais.

O preenchimento dos dados do CAP foi realizado com alguma dificuldade, devido ao fato do nosso registro ser realizado utilizando como base os grupos de atendimentos e não as faixas etárias. Considero a média dos procedimentos não satisfatória quando comparamos com a média dos procedimentos por habitantes, mas estamos trabalhando pensando sempre que nós devemos e podemos melhorar nosso desempenho para uma atenção melhor. A atenção à primeira consulta nos grupos prioritários não é satisfatória em minha opinião.

No meu ponto de vista, ao nível do consultório dentário, as condições para o atendimento individual são adequadas (ações curativas). No entanto, ao nível de ações coletivas acho que estas podem ser melhoradas através de um aperfeiçoamento das condições físicas da unidade, contribuindo assim para um melhor desempenho da atividade junto à população.

Em relação aos turnos por semanas podemos considerar:

- Uma equipe trabalha como apoio 20 horas por semana totalizando assim cinco turnos;
- Outra equipe trabalha 40 horas, sendo que dois turnos são utilizados nas Escolas, visitas domiciliares e o resto do tempo é utilizado na Unidade totalizando assim oito turnos por semana. Em relação ao número de procedimentos por hora não tenho possibilidade de o saber ao certo.

Como eu ressalto sempre, o município está carente de muitos equipamentos e materiais. Estamos cientes da situação, toda a equipe está motivada e engajada para realizar ações podendo contribuir na melhoria da saúde bucal da cidade e porque não da população inteira. Também esperamos que os gestores e políticos nos ajudem muito na concretização deste sonho que é básico e fundamental para a população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Posso afirmar que seguindo os padrões e protocolos do MS e, realizando as ações programáticas preconizadas, conseguimos um melhor atendimento e agora

temos uma perspectiva e uma visão melhor da situação da UBS. O desenvolvimento de cada profissional contribui na concretização do objetivo do MS. Nosso trabalho está sendo mais produtivo e mais satisfatório após um conhecimento mais minucioso de vários aspectos do serviço. Como comparação, posso dizer que a UBS está evoluindo de forma correta, pois todos os profissionais se engajam cada dia mais com o único objetivo de cumprir com as normas do MS e melhorar a qualidade de atenção se saúde oferecida à população.

A análise situacional é um instrumento muito útil, dinâmico e prático, pois nos permite identificar os problemas de saúde e tomar as decisões adequadas encaminhadas na resolução dos mesmos. Além disso, com esta análise sabemos que nosso dia a dia está melhorando a situação da população, seja através dos indicadores do CAP ou através da prática nos atendimentos.

Estamos cientes de que temos muitos aspectos para melhorar, mas com uma adequada análise situacional e aplicando as normas de forma correta, conseguiremos um bom desempenho que trará melhorias para a saúde da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças crônicas HAS e DM são muito prevalentes no mundo e no Brasil, em particular. A probabilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que demanda, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias em uma mesma pessoa. A abordagem conjunta justifica-se pela apresentação dos fatores comuns às duas doenças, tais como: etiopatologia, fatores de riscos, cronicidade, necessidade de controle permanente, entre outras. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006). A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral (AVC) e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Além das doenças cardiovasculares, a HAS e o DM respondem por 50% dos casos de doença renal crônica terminal (DRC), sendo estimado que 1.628.025 indivíduos sejam portadores de DRC no Brasil, e 65.121 estão em diálise (BRASIL, 2006). Ainda segundo dados do MS, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (≥ 20 anos) e o DM atinge em torno de 11% dos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos.

A UBS Danilo Correa está funcionando há aproximadamente 18 anos como ESF, mas há mais de 30 anos que estava funcionando como posto de saúde. Quanto à estrutura física, na UBS possui uma sala de reuniões e de educação em saúde para a realização de projetos, resolução de problemas e busca de soluções, também uma sala de espera onde podem se acomodar de 30 a 40 pessoas; tem 2 banheiros para usuários e outros dois para os trabalhadores; possui uma copa/cozinha; uma sala de Nebulização; uma sala de curativo, mas que quase não

funciona por falta de materiais e as condições necessárias; uma sala de vacina. A UBS é composta por duas equipes, que contém no total dois médicos; dois cirurgiões-dentistas; uma coordenadora geral dos funcionários, três Enfermeiras; duas auxiliares de enfermagem responsáveis pela vacinação; 2 técnicas de enfermagem, responsáveis pelos programas tuberculose, Leishmaniose; três recepcionistas; seis funcionários para triagem; dois auxiliares de serviços gerais; duas técnicas de higiene dental; dois auxiliares de saúde bucal; seis Agentes Comunitários de Saúde para a zona urbana e outros seis para a zona rural. Na área de abrangência da UBS Danilo Correa residem 3.668 pessoas.

Segundo a estimativa do CAP, deveríamos ter 651 usuários com HAS, no entanto temos 580 usuários cadastrados, o que representa 89% de cobertura. Para as pessoas com DM, a estimativa é de 190, mas temos 140 usuários que fazem acompanhamento para essa doença, o que representa 75% de cobertura. Apesar de termos uma boa cobertura quanto à esta ação programática, alguns aspectos da atenção prestada precisam ser melhorados. O atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes realiza-se todas as quartas no turno da tarde, com prévio agendamento pela enfermeira ou pelas técnicas de enfermagem, mas há atendimento a demanda espontânea todos os dias. O atendimento é feito pelo médico com exame físico completo, solicitação de exames laboratoriais encaminhados para o Hospital Dr. Deodato De Miranda Leão chamado Unidade Mista de Autazes, mas às vezes temos que aguardar mais de três meses para obter os resultados. Atividades de promoção à saúde são realizadas durante a consulta médica e através de palestras para a comunidade, porém o espaço utilizado é muito pequeno, o que dificulta uma maior participação dos usuários.

Considerando a prevalência dessas doenças no Brasil juntamente com os fatores de risco que apresentam nossos usuários, considerando as complicações e o descontrole deles e os gastos que poderiam causar tanto para o estado como para a comunidade. Considerando também, que nosso trabalho implica a promoção de saúde, prevenção de doenças, o diagnóstico, acompanhamento com orientações e tratamentos adequados prevenindo possíveis complicações, decidimos intervir nesta ação programática a fim de melhorar o atendimento prestado na UBS, procurar, mediante busca ativa, os usuários não cadastrados e buscar os usuários cadastrados faltosos, para assim facilitar oferecer qualidade de vida para nossa população. Pretendemos alcançar 100% dos usuários com HAS e 100% com DM

durante um período de três meses, além de aperfeiçoar o exame físico e controle de exames laboratoriais necessários. Com essa intervenção pretendemos sensibilizar a nossa população sob a importância dos controles dessas doenças, o qual nos levará a uma melhoria no nosso atendimento e facilitará o melhor acompanhamento das mesmas. É muito importante o engajamento mostrado pela equipe para levar essas ações, com o fim de melhorar o atendimento oferecido aos usuários de nossa área de abrangência.

As dificuldades existentes são de diferentes categorias, com relação às palestras, existe o problema de um local adequado para receber nossos usuários, estamos fazendo esforços para obter um espaço adequado. A falta de medicamentos nas farmácias populares dificulta o cumprimento das orientações médicas. Na cidade não temos farmácia popular. Outro aspecto importante tem a ver com o atraso na realização dos exames laboratoriais.

Com a realização dessa intervenção, pretendemos melhorar o atendimento dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados em nossa UBS, orientando-os para se engajarem no cuidado da sua saúde e assim evitar possíveis complicações, pretendemos buscar os usuários não cadastrados com risco de sofrer essas doenças para orientar, acompanhar e obter um controle adequado dos fatores de risco que eles apresentam. Esperamos que ao final dessa intervenção possamos obter melhores indicadores de saúde em nossa zona de abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da UBS Danilo Correia ou Corrêa?, no município de Autazes/AM.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes
2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes
3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

4. Melhorar o registro das informações
5. . Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes
6. Promover a saúde de pessoas com das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

2.3 METAS

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4 Garantir a 100% do das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas diabetes cadastradas na unidade de saúde.

2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

6.3 Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com hipertensão.

6.4 Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Danilo Correa, no Município de Autazes/AM. A intervenção é destinada a todos os usuários com HAS e DM (≥ 20 anos) residentes na área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com HAS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: As fichas dos ACS serão revisadas para que seja feito um levantamento do número de usuários com HAS, assim, serão cadastrados todos estes usuários da área de cobertura da unidade de saúde. Também serão alimentadas as fichas espelho individuais dos usuários para o registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa, além da planilha de usuários cadastrados na unidade para controle de inscritos no programa. Serão realizadas reuniões de equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro das pessoas com hipertensão cadastradas no Programa.

Detalhamento da Ação: Toda equipe da UBS será envolvida nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários com hipertensão da área de abrangência da equipe, assim garantiremos que as planilhas e prontuários sejam bem preenchidos para todos usuários integrantes do programa.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento da Ação: Será realizada a capacitação dos funcionários da equipe para acolher adequadamente as pessoas com HAS conforme preconiza o programa.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: A data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com o Inmetro serão observados, além de solicitado à gestão e à reposição dos aparelhos danificados da UBS.

Eixo Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Cartazes e material instrutivo serão fixados na UBS ao respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades a serem desenvolvidas no programa;

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento da Ação: Informações, orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento de HAS serão comunicados com usuários na sala de espera da UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da Ação: Informações, orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial e serão comunicados com os usuários na sala de espera da UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Detalhamento da Ação: As pessoas mais predispostas como as pessoas idosas serão orientadas através de realização das atividades conforme preconiza o programa quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: O médico e a enfermeira da área realizarão atividades de capacitação dos ACS, a respeito da busca ativa periódica dos usuários com HAS da área de abrangência da equipe não cadastrados.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento da Ação:

Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira realizarão orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: As fichas dos ACS serão revisadas para que seja feito um levantamento do número de pessoas com DM, assim, serão cadastrados todos estes usuários da área de cobertura da UBS. Também serão alimentadas as fichas espelho individuais dos usuários para o registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa, além da planilha de usuários cadastrados na unidade para controle de inscritos no programa. Serão realizadas reuniões de equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro das pessoas diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento da Ação: As planilhas ou os formulários de acompanhamento dos usuários cadastrados no programa serão monitoradas para verificar o adequado preenchimento. Também será envolvida toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários com hipertensão da área de abrangência da equipe.

Ação: Melhorar o acolhimento para as pessoas com diabetes.

Detalhamento da Ação: Será realizada a capacitação dos funcionários da equipe para acolher adequadamente as pessoas com DM conforme preconiza o programa.

Ação: Garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Será observada a data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade, além de solicitado à gestão e à reposição dos aparelhos danificados da UBS.

Eixo Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Cartazes e material instrutivo serão fixados na UBS ao respeito da importância do controle da glicose, e sobre as atividades a serem desenvolvidas no programa;

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas atividades educativas encaminhadas a ressaltar a frequente associação das duas doenças e também serão orientados os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM junto com HAS;

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: O médico e a enfermeira da área realizarão capacitação para os ACS, quanto à busca ativa periódica das pessoas com diabetes da área de abrangência da equipe não cadastradas. Também o médico e a

enfermeira deverão avaliar periodicamente os procedimentos e a técnica de realização do hemoglicoteste pelos técnicos de enfermagem.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da Ação: Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS e/ou DM

Detalhamento da Ação: Será utilizada a planilha de coleta de dados e os registros em prontuário para melhorar o monitoramento a periodicidade de realização dos exames clínicos e laboratoriais das pessoas com HAS e/ou DM e assim avaliar quais usuários estão com exame clínico em ou atrasado.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento da Ação: As atividades serão organizadas de forma tal que a tarefa de cada integrante da equipe seja bem definida. Assim as técnicas em enfermagem serão responsáveis do controle da Pressão arterial e glicemia capilar, segundo o protocolo enquanto o médico e a enfermeira se encarregam das consultas. Também serão realizadas reuniões com a gerencia do município para agilizar a realização dos exames complementares e assim evitar atraso.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: A enfermeira, os ACS e os técnicos de enfermagem serão capacitados de forma adequada para um bom desempenho no seguimento do protocolo.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento da Ação: Reuniões periódicas serão realizadas com toda a equipe para atualização de cada profissional para manter o protocolo atualizado sempre.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Reuniões serão realizadas com a gerencia do município para que o protocolo a esteja disponível com o qual conseguiremos o bom desempenho do programa.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM

Detalhamento da Ação: Serão entregues aos usuários informações escritas, onde esteja recolhida a importância das consultas médicas, as informações sobre os fatores de risco é a realização dos exames complementares indicados nas mesmas. Também serão colocados em locais visíveis, cartazes com informação relacionada com os medicamentos existentes na farmácia da unidade, farmácia da secretaria de saúde.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da Ação: Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica da aferição da Pressão Arterial e verificação da glicemia capilar, o que permitirá evitar erros e dará confiabilidade ao programa.

Meta 2.3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da Ação: Será criado um registro para o acompanhamento dos usuários faltosos e acompanhamento das causas das faltas. Também os usuários serão incentivados para evitar o abandono do tratamento farmacológico e não farmacológico.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da Ação: Os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiras e o médico realizarão visitas domiciliares com o intuito de saber as condições higiênicas, sociais, econômicas, de saúde de cada família. Ao mesmo tempo identificar os problemas a serem resolvidos, e depois agendar em tempo útil, os usuários faltosos.

Ação: Garantir com o gestor municipal interesse e agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento da Ação: Reuniões contínuas serão realizadas com a gerencia do município para apresentar a importância da realização dos exames complementares e assim evitar atraso na realização dos mesmos, pois prejudicaria a intervenção e melhor assistência aos usuários.

Eixo Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento da Ação: Atividades e ações de saúde serão realizadas em vista à procura da colaboração da comunidade sobre a importância de estar informado sobre seu problema, e as possíveis complicações que ela pode estar exposta por não seguir as recomendações médicas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade

Detalhamento da Ação: Serão realizadas atividades de formação, atualização com os ACS, para que possam conhecer e posteriormente transmitir a importância das consultas e sua periodicidade aos usuários.

Meta 2.4: Melhorar o registro das informações

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde

Detalhamento da Ação: Será criado um registro informatizado de todos os usuários hipertensos e diabéticos que são atendidos na unidade para que todas as informações sejam salvas para o seguimento e uso em qualquer momento da intervenção e no futuro. Também serão realizadas reuniões de equipe para discussão dos dados registrados e planejamento de melhorias no monitoramento.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da Ação: Os sistemas informatizados já existentes serão utilizados para recolher a informação relacionada com todos os eventos relacionados com usuários com HAS e/ou DM, tais como a estratificação de risco, que vai nos permitir uma melhor organização da agenda de trabalho. Também será avaliada a necessidade de atualização das mesmas

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento

Detalhamento da Ação: Serão realizadas reuniões com a equipe sobre a importância de planilha/registro no programa para assim permitir mais informações sobre cada pessoa com HAS e/ou DM.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas reuniões com a equipe para ressaltar a importância do registro das informações no programa, pois sem o registro não teremos como realizar as atividades preconizadas pelo programa.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da Ação: Os registros de saúde das pessoas com HAS e/ou DM atendidos na UBS serão atualizados, e nas reuniões em saúde os usuários serão informados quanto o direito a acesso a esses registros.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário hipertenso e diabético.

Detalhamento da Ação: Atividades de formação, atualização serão realizadas com os integrantes da equipe com o intuito de que cada um domine bem o preenchimento dos formulários e fichas de registros segundo preconiza o protocolo.

Metas 2.5 e 2.6 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da Ação: Serão registradas as informações utilizando a estratificação de risco o número de hipertensos e diabéticos atendidos na unidade de saúde. Também será realizado monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa. Serão realizadas reuniões de equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento da Ação: Será realizado um fluxograma, que permita uma resposta adequada as pessoas classificadas como de alto risco. Também estas pessoas serão atendidas conforme o grupo de risco, e assim todo o procedimento necessário será realizado.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da Ação: Será realizado agendamento prioritário para esses usuários para o bom desenvolvimento do programa para assim permitir uma melhor realização das atividades preconizadas pelo programa.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas atividades educativas para dar a conhecer os fatores de risco e a importância de seu controle.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo

Detalhamento da Ação: Serão realizadas reuniões com toda a equipe para que a enfermeira e o médico possam explicar como e porque é importante a realização da estratificação de risco é sua importância na qualidade de vida dos usuários.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento da Ação:

Serão realizadas reuniões com toda a equipe para explicar porque é importante a realização de registro de esta avaliação. Sem o registro, esta avaliação não terá credibilidade pois muitas informações podem ser perdidas.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da Ação: Será criado um registro para o acompanhamento dos usuários faltosos e conhecer as causas das faltas com o qual nossa intervenção terá mais confiabilidade. Também os usuários serão incentivados para evitar o abandono do tratamento farmacológico e não farmacológico.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da Ação: Os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiras e o médico realizarão visitas domiciliares com o intuito de saber as condições higiênicas, sociais, econômicas, de saúde de cada família. Ao mesmo tempo identificar os problemas a serem resolvidos, e depois agendar em tempo útil, os usuários faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os usuários hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da Ação: Será realizado atendimento prioritário das pessoas com HAS com o fim de adiantar as tarefas e permitir um melhor desenvolvimento da intervenção.

Eixo Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento da Ação: Atividades e ações de saúde serão realizadas em vista à procura da colaboração da comunidade sobre a importância de estar informado sobre seu problema, e as possíveis complicações que ela pode estar exposta por não seguir as recomendações médicas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento da Ação: Serão organizadas as atividades de forma que a comunidade seja membro ativo e assim os deixar saberem que seu direito está sendo respeito e cumprido, com possibilidade de interagir livremente.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da Ação: Durante as atividades informações úteis, convincentes e pertinentes serão oferecidas às pessoas com HAS e/ou DM à comunidade de quanto é importante a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas atividades de formação, atualização com os ACS, para que possam conhecer e posteriormente transmitir a importância das consultas e sua periodicidade aos usuários.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da Ação: Será criado um registro para o acompanhamento das pessoas faltosas e conhecer as causas das faltas com o qual nossa intervenção

terá mais fiabilidade. Também os usuários serão incentivados para evitar o abandono do tratamento farmacológico e não farmacológico.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da Ação: Os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiras e o médico realizarão visitas domiciliares com o intuito de saber as condições higiênicas, sociais, econômicas e de saúde de cada família. Ao mesmo tempo identificar os problemas a serem resolvidos, e depois agendar em tempo útil, os usuários faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os usuários diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da Ação: Será realizado atendimento prioritário das pessoas com DM com o fim de adiantar as tarefas e permitir um melhor desenvolvimento da intervenção.

Eixo Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento da Ação: Atividades e ações de saúde serão realizadas em vista à procura da colaboração da comunidade sobre a importância de estar informado sobre seu problema, e as possíveis complicações que ela pode estar exposta por não seguir as recomendações médicas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento da Ação: Serão organizadas as atividades de forma que a comunidade seja membro ativo e assim os deixar saberem que seu direito está sendo respeitado e cumprido, com possibilidade de interagir livremente.

Ação: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da Ação: Durante as atividades informações úteis, convincentes e pertinentes serão oferecidas às pessoas com HAS e/ou DM e à comunidade de quanto é importante a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de usuários diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas atividades de formação, atualização com os ACS, para que possam conhecer e posteriormente transmitir a importância das consultas e sua periodicidade aos usuários.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros das pessoas com hipertensão acompanhadas na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Será criado um registro informatizado de todos os usuários com HAS e/ou DM que são atendidos na unidade de saúde para que todas as informações sejam salvas para o seguimento e uso em qualquer momento da intervenção e no futuro. Também serão realizadas reuniões de equipe para discussão dos dados registrados e planejamento de melhorias no monitoramento.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da Ação: Os sistemas informáticos já existentes serão utilizados para recolher a informação relacionada com todos os eventos relacionados com hipertensos e diabéticos, tais como a estratificação de risco, que vai permitir nós uma melhor organização da agenda de trabalho. Também será avaliada a necessidade de atualização das mesmas.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas reuniões com a equipe sobre a importância de planilha/registro no programa para assim permitir mais informações sobre cada pessoa com HAS.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas reuniões com a equipe para ressaltar a importância do registro das informações no programa, pois sem o registro não teremos como realizar as atividades preconizadas pelo programa.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas reuniões com a equipe para definir o responsável pelo monitoramento registros para que as informações sejam bem veiculadas.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da Ação: Manteremos atualizados os registros de saúde das pessoas com HAS e/ou DM atendidas na unidade de saúde. Também serão informadas da disponibilidade da segunda via da ficha ou um Xerox para que elas possam resolver outras situações ou oferecer informações em serviços especializados se necessário

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário diabético.

Detalhamento da Ação: Ações de formação serão realizadas com os integrantes da equipe com o intuito de que dominem o preenchimento dos formulários e fichas de registros, isso permitirá um melhor andamento e funcionamento na intervenção.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da Ação: Atividades de capacitação serão realizadas com os integrantes da equipe com o intuito de que dominem o preenchimento dos formulários e folhas de registros.

OBJETIVO 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da Ação: Será elaborado um registro onde fique registrada toda a informação utilizando a estratificação de risco o número de pessoas com HAS e/ou DM acompanhadas na unidade básica. Também os usuários serão incentivados para oferecer a maior quantidade de informações que possam contribuir na estratificação.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento da Ação: Será realizado um fluxograma, que permita uma resposta adequada antes o possível aumento dos usuários catalogados como de alto risco com o fim de adiantar as tarefas e permitir um melhor desenvolvimento da intervenção.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da Ação: Será realizado o atendimento de forma prioritária para os usuários que fazem parte do programa maior acesso aos nossos serviços.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quanto ao risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas atividades educativas para dar a conhecer os fatores de risco e a importância de seu controle para evitar possíveis futuras consequências na saúde da população.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da Ação: Serão realizadas atividades educativas encaminhadas a orientar os usuários quanto às orientações sobre os fatores de risco

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas reuniões com toda a equipe para explicar porque é importante a realização da estratificação de risco é sua importância na qualidade de vida dos usuários.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da Ação: Será criado um livro de registro onde fique recolhido o número de consultas realizadas assim como o conhecimento por parte dos mesmos da importância da atividade física, alimentação saudável e outros aspectos essenciais.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da Ação: Serão utilizados os diversos meios de comunicação ao nosso alcance, para informar sobre a importância da prática de esporte.

Ação: Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Detalhamento da Ação: Será solicitado ao médico dentista, para ajustar sua agenda para incluir as pessoas com hipertensão e diabetes permitindo.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da Ação: Realizaremos reuniões com a presença de nutricionistas com o intuito de informar a comunidade sobre a importância de uma alimentação saudável, o qual é muito importante para o controle da obesidade/síndrome metabólica.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da Ação: Vamos incentivar a realização do exercício físico, não só para as pessoas com hipertensão e diabetes, mas também para toda a família, estabelecendo contato com o centro de convivência familiar.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e as pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e as pessoas com diabetes.

Detalhamento da Ação: Será elaborado um registro onde fique anotada toda a informação sobre importância da prática de atividade física regular em as pessoas com hipertensão e diabetes atendidas na unidade básica. Também os usuários serão incentivados para se comprometer a participarem na realização de prática de atividade física de forma ativa.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da Ação: Serão organizadas atividades de práticas coletivas sobre a realização de atividade física regular como no clube das mães, associações de moradores etc.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas reuniões com o gestor a possibilidade de incorporação de um educador físico que participe das atividades com a finalidade de oferecer atividades realizadas pelos profissionais qualificados.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e as pessoas com diabetes, e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e do diabetes.

Detalhamento da Ação: Consultas específicas encaminhadas a ensinar orientações sobre prática de atividade física regular serão realizadas com o intuito a compartilhar quanto mais informações.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento da Ação: Rever em equipe as atividades de educação em saúde realizadas com, com o intuito de trazer mais informações para os usuários para que o protocolo seja respeitado e cumprido. E também aproveitaremos de estas atividades para trazer as últimas novidades e atualizações para toda a equipe.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento da Ação: Será criado um livro de registro onde fiquem recolhidos toda a informação e o conhecimento para as mesmas da importância do controle sobre o tabagismo e os efeitos daninhos sobre a saúde.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento da Ação: A equipe terá como missão conseguir sensibilizar ao gestor, para implantar programas de luta contra o tabagismo ou a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da Ação: Serão implantadas consultas com atividades relacionadas aos efeitos nocivos, consequência e tratamento do tabagismo.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento da Ação: Realizaremos oficinas, com o intuito de dar a conhecer os efeitos daninhos do tabagismo sobre o organismo.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento da Ação: Será criado um livro de registro onde fique recolhido o número de consultas efetuadas assim como o conhecimento por parte dos mesmos da importância da higiene bucal.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da Ação: Será criado um livro de registro onde fique recolhido o número de consultas efetuadas assim como o conhecimento por parte dos mesmos e da importância do cuidado da higiene bucal.

Eixo Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com HAS e/ou DM, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da Ação: Vamos entrar em contato com o centro de convivência da família, para facilitar a inscrição do maior número de pessoas com HAS e/ou DM.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da Ação: Realizaremos reuniões com a presença de cirurgiã-dentista com o intuito de informar sobre a importância da higiene bucal, e a necessidade de realizar consultas se necessária.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellito da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção às pessoas com diabetes na UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Relativo Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento às pessoas hipertensão e/ou diabetes realizado na UBS.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade UBS.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6: Proporção pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS faltosas às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na UBS faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade UBS.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Número de usuário pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM vamos adotar o protocolo do Ministério da Saúde proposto nos Cadernos de Atenção Básica, Manual Técnico de HAS e DM do MS, 2013. Utilizaremos ficha espelho de pessoas com hipertensão e/ou diabetes disponibilizada pelo curso. A ficha prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exames laboratoriais periódicos segundo o protocolo do Ministério da Saúde relativos a classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos. Estimamos alcançar com a intervenção 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Faremos contato com a Secretária de Saúde da cidade para dispor das fichas necessárias e para imprimir as fichas espelhos (ANEXO C) que serão anexadas nos prontuários para facilitar melhor a intervenção. É muito importante ressaltar que nossa UBS não é informatizada, para o acompanhamento mensal da intervenção

será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso (ANEXO B).

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e/ou as técnicas de enfermagem revisarão o livro de registro identificando todos os usuários com HAS e/ou DM que vierem ao serviço para acompanhamento médico nos três meses da intervenção. O profissional localizará os prontuários desses usuários e transcreverá todas as informações disponíveis do prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de HAS e DM para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe exporá as características da sua micro área aos outros membros da equipe com o objetivo de troca de ideias e busca de melhorias no processo de desenvolvimento da intervenção.

Para acolher a demanda de usuários já cadastrados não há necessidade de alterar a organização da agenda, eles serão priorizados nas consultas marcadas como retorno normal. Para agendar os usuários com HAS e/ou DM ou casos suspeitos provenientes da busca ativa, serão reservadas de oito a 12 consultas por semana.

Faremos contato com associação de moradores e com líderes da comunidade como pastores evangélicos e padres de igrejas católicas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle da HAS e DM. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastramento de usuários com risco destas doenças e esclareceremos para a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Dentro da unidade vamos utilizar os meios audiovisuais disponíveis como vídeos ou slides.

A realização do monitoramento será feita através do acompanhamento da digitação dos dados na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Semanalmente vamos preencher essa planilha e será realizada uma avaliação

parcial dos dados para assim identificar os avanços e os aspectos para melhorar. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários atendidos, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. O ACS fará busca ativa de todas os usuários em atraso, estima-se seis por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará o usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Como planejado, nas duas primeiras semanas foi apresentado o projeto para a equipe e para alguns líderes da comunidade. A equipe recebeu o projeto com muita alegria e entusiasmo, e foi realizada a capacitação da equipe para levar ao êxito o projeto alcançando o engajamento de todos os profissionais da equipe (Figura 1).



Figura 1. Atividade de capacitação para a equipe da UBS Danilo Correa, Autazes/AM.

Os ACS foram orientados a realizar a busca ativa dos possíveis usuários faltosos e para procurar as pessoas com riscos de HAS e/ou DM. Depois da capacitação dos ACS, foi apresentado o projeto de intervenção para alguns comunitários previamente selecionados pelos respectivos ACS, a receptividade na

comunidade ficou acima das expectativas. Os comunitários que participaram da apresentação do projeto de intervenção expressaram o compromisso de levar a ideia para os seus vizinhos e amigos.

Também iniciamos o atendimento às pessoas com HAS e/ou DM como estava previsto durante as 12 semanas de intervenção. Alcançamos atender 508 usuários de nossa área de abrangência graças à colaboração e engajamento de toda uma equipe decidida a levar uma ação útil em nossa UBS.

Os exames clínicos de estratificação de risco foram realizados para todos os usuários atendidos durante esse período e todos foram encaminhados para o controle laboratorial necessário. Os registros foram constantemente revisados pelo médico e pela enfermeira e analisados monitorando a qualidade cada semana especificamente as quintas-feiras. Os usuários faltosos foram monitorados e foi realizada a busca ativa deles para aperfeiçoar o programa de atenção a HAS e DM. E, 100% das pessoas com HAS receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Foi monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia de mais de 97% dos usuários alvo da intervenção; 100% dos cadastrados foram orientados em relação à prática de atividade física regular, e sobre alimentação saudável. O médico e a enfermeira da Estratégia de Saúde da Família capacitaram os ACS para realizar a busca ativa periódica das pessoas com HAS e/ou com DM faltosos e procurar os usuários com suspeita dessas doenças em nossa área de abrangência e que ainda não estavam cadastrados.

O médico e a enfermeira realizaram atividades com o intuito de dar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste nas reuniões mensais, eles avaliaram periodicamente a técnica de verificação da Pressão arterial pelas técnicas de enfermagem e a realização do hemoglicoteste.

Foram criados grupos de educação que receberam uma formação educativa para depois compartilhar todas as informações com toda a comunidade. A adesão foi muito boa, pois os moradores ficaram felizes com a iniciativa e se comprometeram e engajaram para um ótimo desempenho. Estas atividades educativas foram realizadas na sala de espera da UBS.

Quanto às orientações nutricionais, realizamos atividades de práticas coletivas com a presença de nutricionista com o intuito de orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância de uma alimentação

saudável, o qual é muito importante para o controle da obesidade/síndrome metabólica. Foram utilizados os diversos meios de comunicação ao nosso alcance, para informar sobre a importância de uma alimentação saudável. Também foi criado um livro de registro onde foi registrado o número de consultas realizadas assim como o conhecimento por parte dos mesmos da importância da atividade física, alimentação saudável e outros aspectos essenciais.



Figura 2. Grupo de educação em saúde sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física para a comunidade da UBS Danilo Correa, Autazes/AM. Foi uma atividade sem a presença do nutricionista porque nesse dia não se encontrava na cidade.



Figura 3. Atividade de despedida da formação de Grupo de educação em saúde sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física.

O atendimento odontológico sendo considerado prioridade, foi solicitado aos cirurgiões-dentistas, para ajustar sua agenda para incluir as pessoas com HAS e/ou DM permitindo assim maior cobertura na avaliação integral e atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

O pé diabético foi avaliado através do exame dos pés de acordo com protocolo. Os resultados e comentários são refletidos na tarefa resultados. Para isso, a equipe foi capacitada para a realização de exame clínico apropriado. Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira deram orientações também aos outros funcionários da equipe sobre a técnica da realização do hemoglicoteste.

Ao início da intervenção tínhamos algumas dificuldades, pois houve troca de enfermeira da equipe e o médico teve que assumir toda equipe nos primeiros dias da intervenção. Mas graças a Deus, esse problema não demorou muito para serem resolvido.

Outra dificuldade que apareceu pouco depois de começar a intervenção é devido ao fato de que cada mês um ACS entrar de férias, mas nos esforçamos sempre para que toda nossa área de abrangência tivesse acesso ao atendimento. A consequência dessas dificuldades foi que algumas ações previstas no cronograma da intervenção não foram desenvolvidas em 100% no começo da intervenção.

Com duração da intervenção em 12 semanas, não alcançamos oferecer um atendimento a 100% das pessoas com HAS e/ou DM de nossa área de abrangência. A isso temos que somar as férias mensais dos ACS (fato relatado acima). No entanto atingimos uma boa cobertura, incluindo usuários novos e aqueles que compareceram a UBS no momento da intervenção, mas que já possuíam acompanhamento prévio na UBS.

Não foi possível a realização de exames laboratoriais em 100% das pessoas atendidas porque o serviço de laboratório da cidade ficou sem alguns materiais durante um tempo estimado em mais de quatro semanas. Nem todos os usuários chegaram a ser atendidos quanto as necessidades odontológicas pelo fato de existir somente uma cadeira odontológica e a demanda é muita, mas reconhecemos o esforço dos cirurgiões-dentistas e das técnicas de saúde bucal para ajudar nesse sentido.

1.2. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção, toda a equipe passou por uma capacitação sobre o protocolo do Ministério da Saúde, e foram apresentados os indicadores naquela capacitação. A ficha espelho e a planilha de coleta de dados que são a base da nossa intervenção foram explicadas com detalhamento, e com isto, os indicadores foram formados. Cada aba, cada eixo para o preenchimento da planilha de coleta de dados teve que ser explicado, mas às vezes, as dúvidas referentes às fichas espelhos persistiam e tínhamos que esclarecê-las em reuniões com a equipe. Semanalmente, os atendimentos realizados, alimentavam-se as planilhas eletrônicas com o intuito da formação quantitativa e qualitativa dos indicadores da intervenção.

Na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, encontramos algumas dificuldades para o preenchimento ao início. As orientadoras nos ajudaram muito para revisar os indicadores e retificamos graças à colaboração delas. Ao início os indicadores ficaram acima de 100% porque alguns dados tinham sido preenchidos de forma errada. Toda a equipe colaborou para melhorar o preenchimento das planilhas. Desde o acolhimento, organizamos os dados dos usuários segundo a área de cada um já que os agentes vão identificando os seus usuários. Apesar de que eles têm que escrever tudo manualmente e com caneta porque não temos nada eletrônico ou informatizado.

Alcançamos acompanhar 508 usuários durante esse período de intervenção. Desses usuários uns com 408 pessoas com HAS e 267 pessoas com DM acompanhadas. Não atingimos a meta, mas, estamos muito perto dela, assim acreditamos que iremos alcançá-la com o passar dos meses.

1.3. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção mudou a rotina da UBS para melhorar o atendimento aos usuários de nossa área de abrangência. Ao início foi um pouco difícil incorporar as novas ações, mas agora está tudo funcionando de maneira harmoniosa graças ao engajamento e compreensão de toda a equipe. Nesse momento temos dois grupos de usuários com HAS e/ou DM que trabalham com supervisão da equipe praticando

atividades saudáveis. Só que estamos com problemas para realizar os exames laboratoriais pelas poucas vagas disponíveis e a falta de materiais de laboratório em ocasiões, dificultando a continuidade na atenção integral que queremos oferecer. Infelizmente, por esse motivo, alguns usuários estão com avaliação de exame laboratorial atrasada. Outra dificuldade que encontramos se refere ao encaminhamento à atenção especializada, está demorando muito para encontrar vagas para facilitar um atendimento especializado para os usuários que realmente estão precisando.

Mesmo com essas dificuldades, alcançamos muitos objetivos dos traçados durante esse processo de intervenção, tanto a população como a equipe estão bem satisfeitas com tudo o que temos realizado. Confiamos em melhorar cada vez mais o atendimento a nossa população e essa intervenção nos ajuda muito, achamos que nossa equipe está muito melhor preparada para oferecer uma atenção de qualidade aos usuários promovendo o engajamento de cada cidadão.

Agradeço de maneira especial à equipe de Estratégia de Saúde Familiar da UBS Danilo Corrêa que me acompanhou durante muito tempo e principalmente nessas doze semanas de intervenção. Na verdade fiquei surpreso pelo engajamento de cada integrante da equipe superando as dificuldades. Meus agradecimentos são também para as orientadoras Chandra Lima Maciel e Catiuscie Cabreira da Silva que sempre estão presentes e disponíveis para me dar seu apoio, suas orientações e ajuda necessária durante todo esse processo de intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Há três meses que decidimos fazer uma intervenção para aperfeiçoar o acompanhamento aos usuários com HAS e/ou DM de nossa área de abrangência, UBS Saúde Danilo Corrêa, Bairro Centro, Autazes/AM. Esse projeto de intervenção durou 12 semanas para atingir nossas metas e reorganizar o atendimento do programa. O foco da intervenção foi a melhoria no atendimento aos usuários com HAS e/ou DM da área de cobertura da Unidade Básica de Saúde Danilo Corrêa, Centro de Autazes.

Na área de abrangência da UBS Danilo Corrêa residem 3.668 pessoas. Segundo dados do Ministério da Saúde, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (≥ 20 anos) e o DM atinge em torno de 11% dos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos. Segundo a estimativa deveríamos ter 651 usuários HAS quando temos só 580 usuários cadastrados que representa 89%, de uma aproximação de 190 de diabéticos temos 140 usuários que fazem

acompanhamento por essa doença o que representa 75% de cadastramento. Esses dados foram avaliados inicialmente no Relatório da Análise Situacional a partir do preenchimento dos cadernos das ações o que determinou que escolhêssemos o foco desta intervenção, no entanto para avaliação dos resultados escolhemos utilizar como denominadores as estimativas da planilha de coleta de dados do curso, que nos descreve que em nossa área de abrangência deveríamos ter 558 usuários com HAS e 138 com DM.

Tivemos uma meta estabelecida para atender os usuários com HAS e DM. Com a intervenção na UBS, a melhora da qualidade da atenção aos usuários HAS e/ou DM melhorou bastante, pois chegamos a alcançar um maior número de usuários hipertensos e diabéticos com exames clínicos e complementares em dia, aumentou-se a proporção de Hipertensos e Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. E, apesar das dificuldades encontradas para realizar exames complementares e agendar consultas especializadas no início da intervenção aumentou-se a proporção usuários com exames complementares e consultas especializadas; também durante a intervenção, incrementou-se a estratificação dos fatores de risco cardiovascular por exame clínico, e ampliou-se o número de usuários orientados sobre os diferentes riscos dessas doenças, aproveitando para aumentar a proporção de usuários com orientação nutricional sobre alimentação saudável e sobre a prática de atividade física regular.

A seguir apresentamos os resultados da presente intervenção:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Em primeiro lugar o indicador avalia a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica. No primeiro mês foram acompanhadas 14,5% (81) pessoas com hipertensão, evoluindo para 35,8% (200) no segundo mês e para terminar no terceiro mês com 73,1% (408) das pessoas com HAS acompanhadas. (Figura 1).

Conseguimos esses resultados, pois toda a equipe foi envolvida e engajada. E muito importante ressaltar a participação ativa dos ACS porque eles são os primeiros atores neste aspecto a terem contatos com a comunidade.

Utilizou-se a ficha-espelho ofertada pelo curso para assim permitir o registro das atividades realizadas conforme o protocolo com envolvimento de toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários com HAS da área de abrangência. Também foram capacitados os funcionários da equipe para acolher adequadamente as pessoas com HAS e/ou DM conforme preconiza o programa.

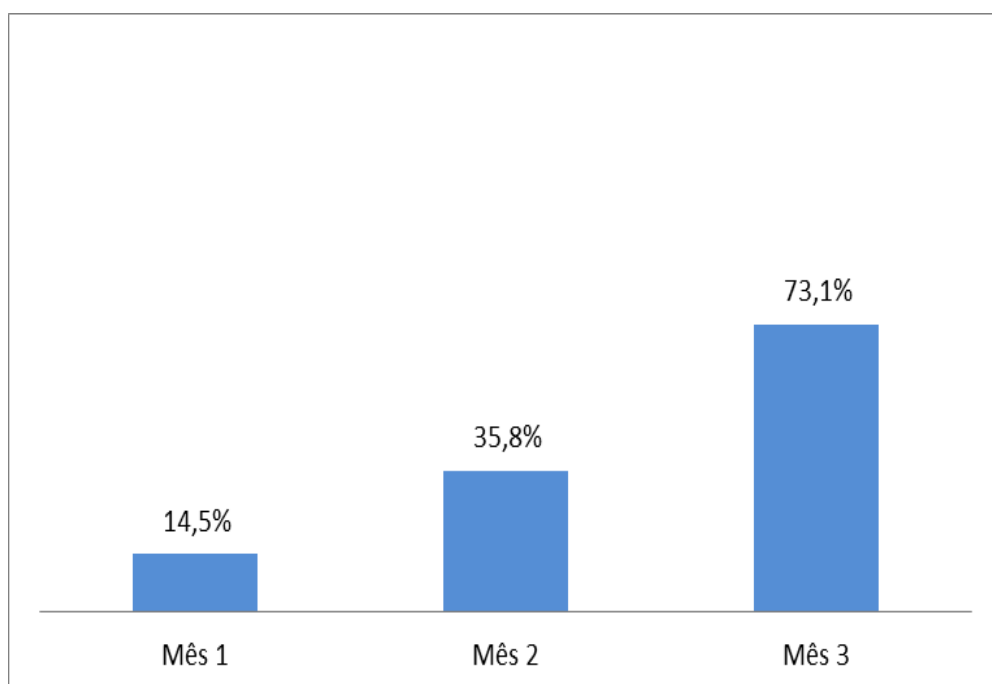


Figura 4. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção às pessoas com diabetes na UBS.

No primeiro mês de intervenção foram acompanhadas 19,1% (51) das pessoas com DM da área. No segundo mês 46,1%(123) para terminar no terceiro mês com 100% (267) dos usuários cadastrados e acompanhados (Figura 2).

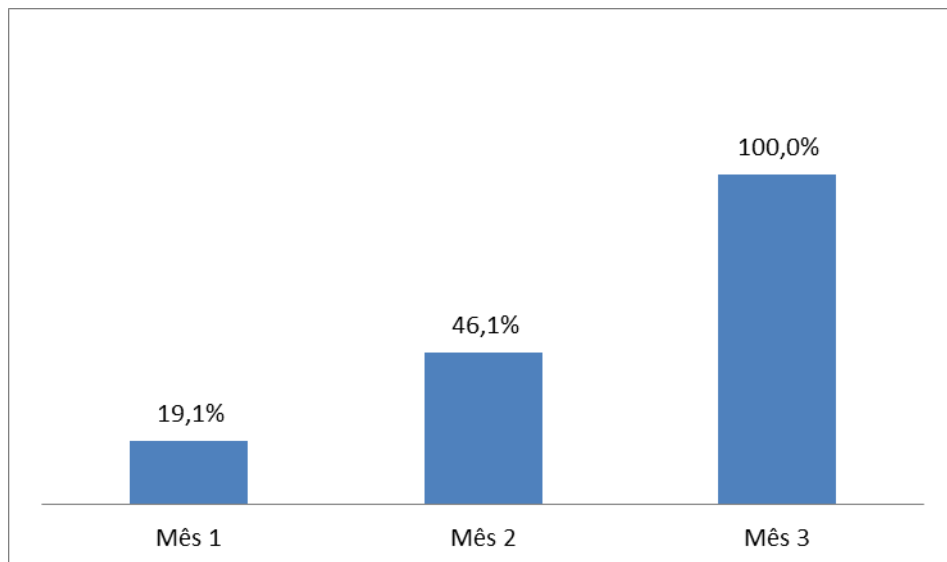


Figura 5. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em segundo lugar os indicadores 2.1 e 2.2 avaliam a proporção de pessoas com HAS e/ou DM que realizaram o exame clínico em dia de acordo com protocolo. As pessoas com HAS e as pessoas com DM sempre mantiveram uma proporção de 100% de exame clínico em dia de acordo ao protocolo durante todos os meses de intervenção.

Utilizamos a planilha de coleta de dados e os registros em prontuário para melhorar o monitoramento a periodicidade de realização dos exames clínicos e laboratoriais das pessoas com HAS e/ou DM e assim avaliar quais usuários estão com exame clínico em ou atrasado. As atividades foram organizadas de forma tal que a tarefa de cada integrante da equipe seja bem definida. Assim as técnicas em enfermagem serão responsáveis do controle da pressão arterial segundo o protocolo enquanto o médico e a enfermeira se encarregam das consultas. Também foram realizadas reuniões com a gerência do município para agilizar a realização dos exames complementares e assim evitar atraso. A enfermeira, os ACS e os técnicos de enfermagem foram capacitados de forma adequada para um bom desempenho no seguimento do protocolo. Todo esse resultado foi obtido graças à participação de toda a equipe durante todo o processo da intervenção, e para manter esse resultado em 100% foi fundamental a adesão e colaboração dos usuários, o engajamento da equipe e o compromisso e responsabilidade profissional de cada integrante.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.

O indicador 2.3 avalia a proporção de pessoas com DM que tiveram o exame dos pés em dia de acordo com protocolo. No primeiro mês, atingimos 100% (51) das pessoas com diabetes, mantendo 100% de acompanhamento no segundo mês e fechando o terceiro mês com 95,5% (255) de pessoas com diabetes com exames dos pés em dia de acordo ao protocolo (Figura 3).

Para obter este resultado foi realizado o exame minucioso a cada usuário em cada consulta e durante as palestras foram dadas orientações quanto a este aspecto. Além disso, toda a equipe foi capacitada quanto às possíveis alterações que possam aparecer nos pés de um usuário diabético para poder realizar ações de prevenção caso necessário.

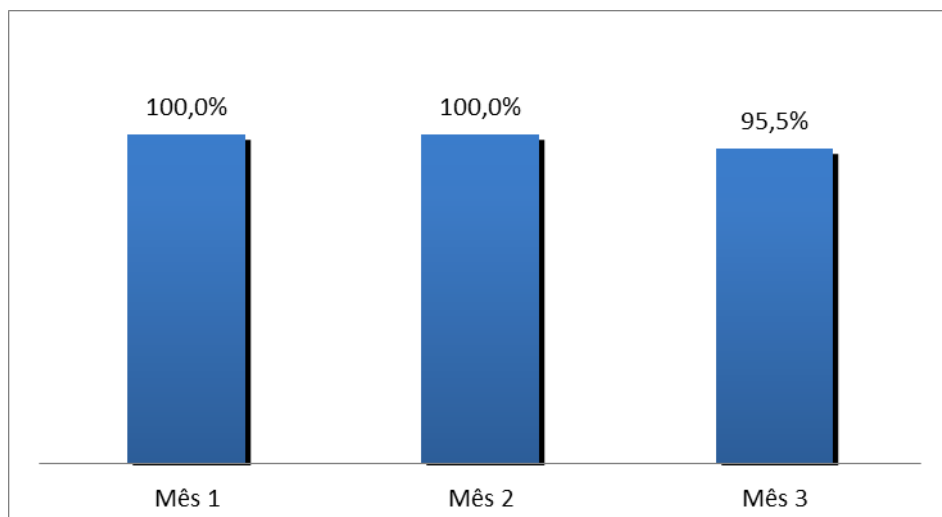


Figura 6. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os indicadores 2.4 e 2.5 estão relacionados com a proporção de pessoas com HAS e/ou DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês, atingimos 92,6% (75) das pessoas com HAS e 72,5% (37) de pessoas com DM com exames complementares em dia de acordo ao protocolo. No segundo mês, a porcentagem de pessoas com HAS monitoradas foi de 91,5% (183) e os com DM a 73,24% (90). No terceiro mês fechamos com uma porcentagem de 95,8% (391) de pessoas com HAS e de 86,9% (232) das pessoas com DM atendidos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo (Figuras 4 e 5, respectivamente). Não atingimos a meta de 100% devido à carência

de material no laboratório distrital e dificuldades para marcar os exames na unidade por um problema com internet que durou mais que 15 dias.

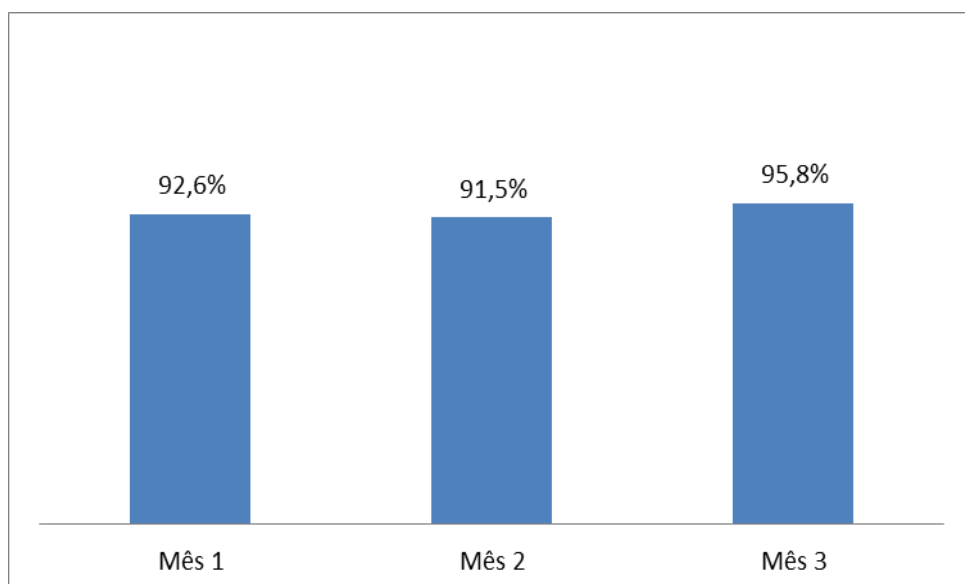


Figura 7. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

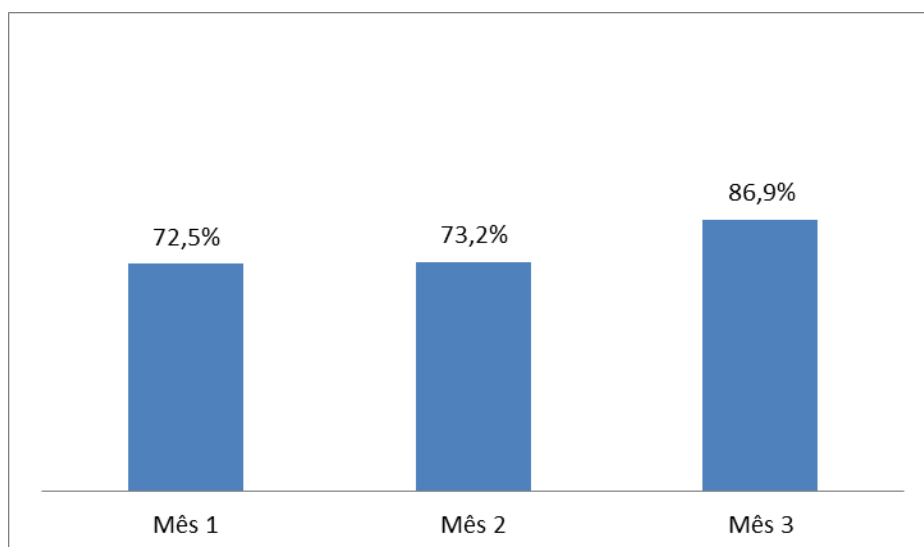


Figura 8. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Os indicadores 2.6 e 2.7 avaliam a proporção de pessoas com HAS e DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. As pessoas com HAS ficaram com 18,8% (13) no primeiro mês, 19,2% (32) no segundo mês e 54,7% (204) ao final da intervenção (Figura 6). As pessoas com DM ficaram com 42,9% (18) no primeiro mês, 46,7% (49) no segundo mês e 71,4% (177) ao final da intervenção (Figura 7). Esse fato é devido a que existe só uma farmácia municipal para toda a cidade e muitas vezes faltam medicamentos. E também havia alguns usuários com HAS com tratamento sem medicamentos. As orientações quanto a alimentação saudável e a realização de prática de atividade física regular sempre acompanham todas as atividades (tanto em consultas como durante as palestras).

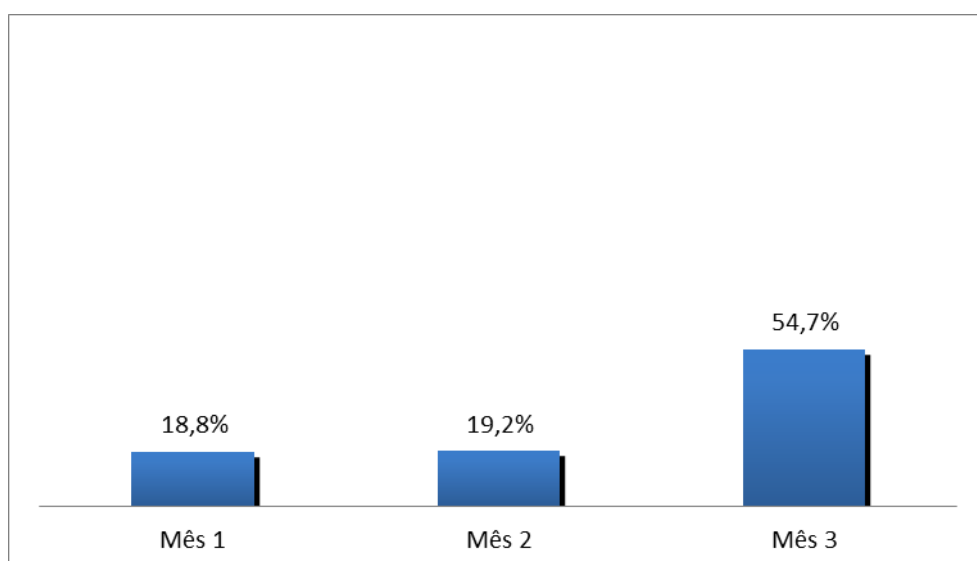


Figura 9. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

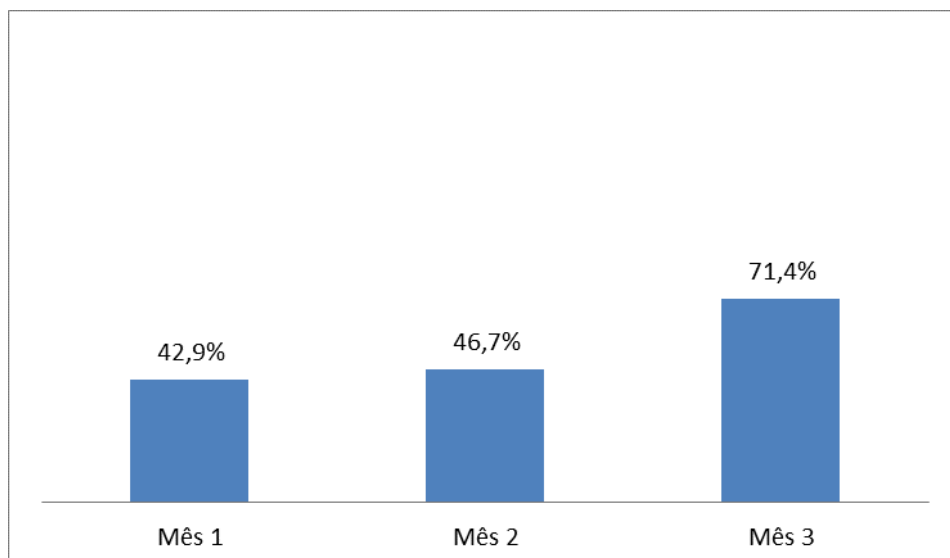


Figura 10. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento diabetes.

Os indicadores referentes a proporção de pessoas com hipertensão e diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico são apresentados abaixo (Figuras 8 e 9). Tanto as pessoas com hipertensão como as pessoas com diabetes mostraram uma porcentagem de 100% no primeiro mês, sendo a avaliados 81 e 51 usuários, respectivamente. No segundo mês de intervenção 99,5% (199) das pessoas com hipertensão e 123 (100%) das pessoas com diabetes foram avaliadas. Ao finalizar a intervenção as pessoas com HAS mostraram uma porcentagem de 82,1% (335) e as pessoas com DM mostraram uma porcentagem de 83,1% (222) durante o último mês da intervenção.

Foi criado um livro de registro onde ficou recolhido o número de consultas efetuadas assim como o conhecimento por parte dos mesmos e da importância do cuidado da higiene bucal. Depois, foram orientadas as pessoas com hipertensão e diabetes, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Realizamos reuniões com a presença de cirurgiã-dentista com o intuito de informar sobre a importância da higiene bucal, e a necessidade de realizar consultas necessárias estabelecendo prioridades de atendimento e considerando a classificação do risco odontológico. Foi solicitado aos cirurgiões-dentistas ajustar sua agenda na medida possível para incluir as pessoas com hipertensão e diabetes permitindo maior facilidade no atendimento. Para obter este resultado foi realizado um levantamento de todos os usuários com necessidade de atendimento odontológico em cada consulta, depois foi dando prioridade para quem precisasse em coordenação com as duas cirurgiãs-dentistas. Como em toda a intervenção os ACS realizam busca na comunidade, e o seguimento se faz na UBS.

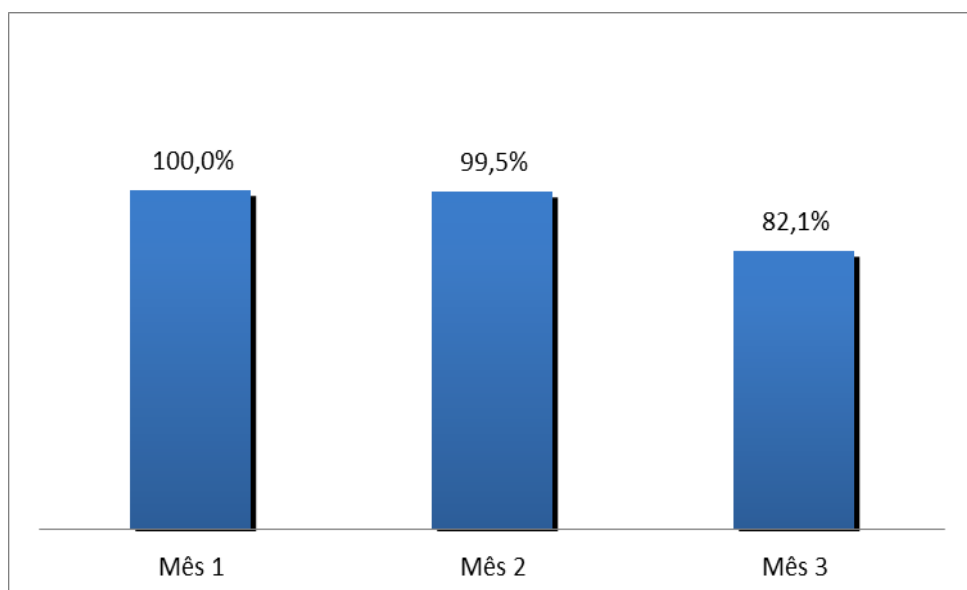


Figura 11. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

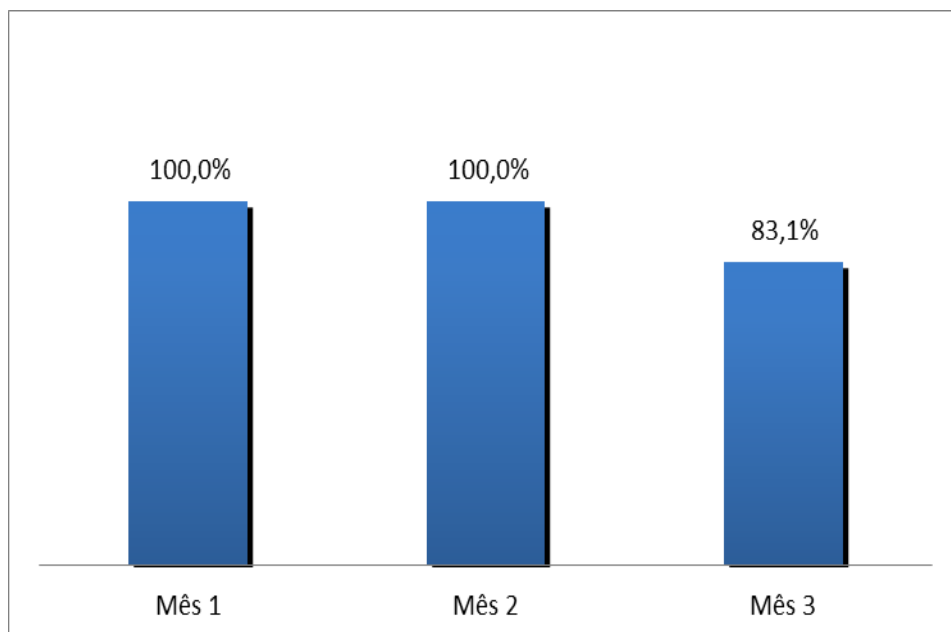


Figura 12. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas com a consulta médica com busca ativa

O terceiro objetivo tem como primeiras metas a proporção de busca das pessoas faltosas às consultas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. No primeiro mês, temos uma porcentagem de 88,2% (45) das pessoas com hipertensão e uma porcentagem de 53,6% (15) de pessoas com diabetes faltosas as consultas e com busca ativa realizadas. No segundo mês, a porcentagem de pessoas com hipertensão faltosas às consultas e buscadas foi de 88,8% (72) e as pessoas com diabetes a uma porcentagem de 51,3% (20). No terceiro mês 100% (122) dos faltosos com HAS receberam busca ativa e 98,9% (86) das pessoas com diabetes faltosas as consultas tiveram busca ativa realizada (Figuras 10 e 11). Esses resultados são muito altos para nossa intervenção, mas estou relatando a realidade da comunidade e de acordo com as informações que fomos manejando.

Foi criado um registro para o acompanhamento dos usuários faltosos e conhecer as causas das faltas com o qual nossa intervenção terá mais fiabilidade. Também os usuários serão incentivados para evitar o abandono do tratamento

farmacológico e não farmacológico. Os ACS, técnicos de enfermagem, a enfermeira e o médico realizam visitas domiciliares com o intuito de saber as condições higiênicas, sociais, econômicas, de saúde de cada família. Ao mesmo tempo identificar os problemas a serem resolvidos, e depois agendar em tempo útil, os usuários faltosos organizando a agenda para acolher os usuários hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Foi dada prioridade no atendimento com o fim de adiantar as tarefas e permitir um melhor desenvolvimento da intervenção.

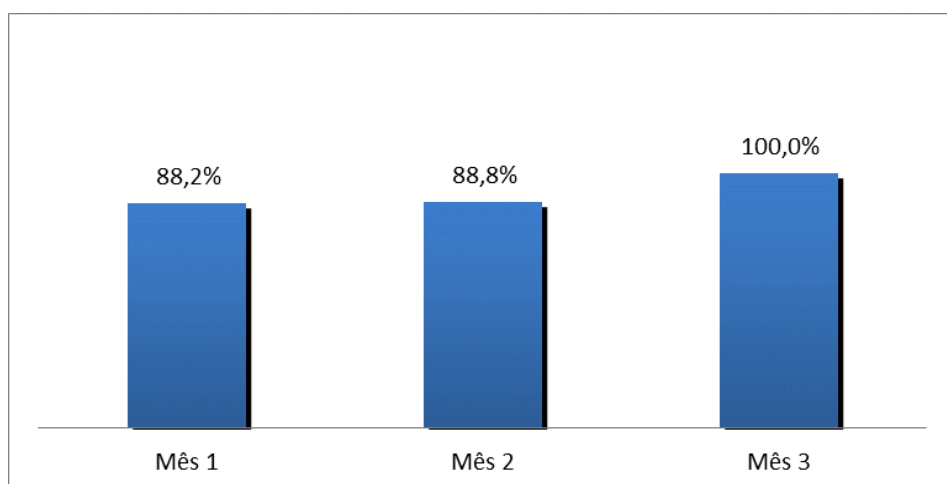


Figura 13. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa realizadas, UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

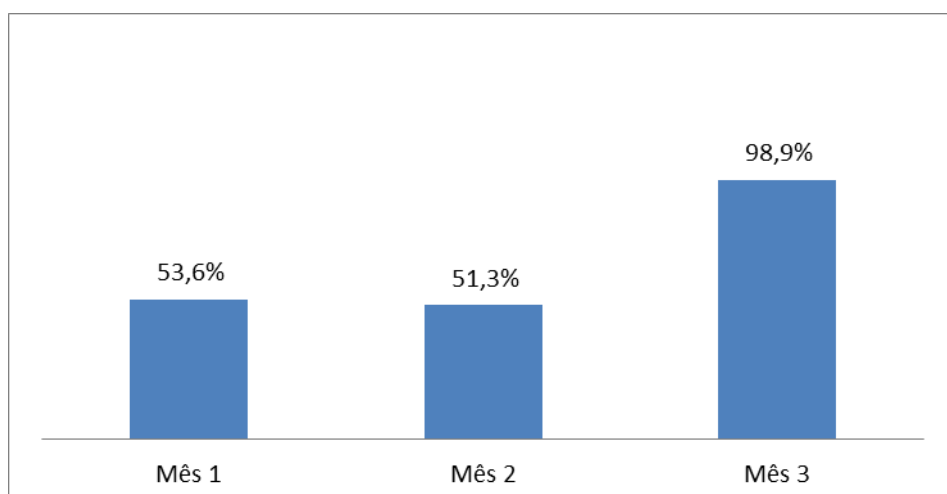


Figura 14. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa realizadas, UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Os indicadores referentes a meta 4 apresentam a proporção de pessoas com HAS e DM com registro adequado na ficha de acompanhamento. Para as pessoas com hipertensão 91,1% (74) estavam com registros adequados durante o primeiro mês, 91,5% (183) durante o segundo e 95,8% (391) durante terceiro. Enquanto que os registros das pessoas com DM mostraram uma porcentagem de 86,3% (44) durante o primeiro mês; 87,0% (107) durante o segundo e 93,6% (250) durante o terceiro mês.

Foi utilizado o registro para todos os usuários que são atendidos na unidade de saúde para que todas as informações sejam salvas para o seguimento e uso em qualquer momento da intervenção e no futuro. Os sistemas informatizados são utilizados para recolher a informação relacionada com todos os eventos relacionados com hipertensos e diabéticos, tais como a estratificação de risco, que vai permitir uma melhor organização da agenda de trabalho. Tudo é feito sempre em equipe porque por vezes, o preenchimento das fichas é realizado pelos ACS, e outras vezes pelo médico ou enfermeira.

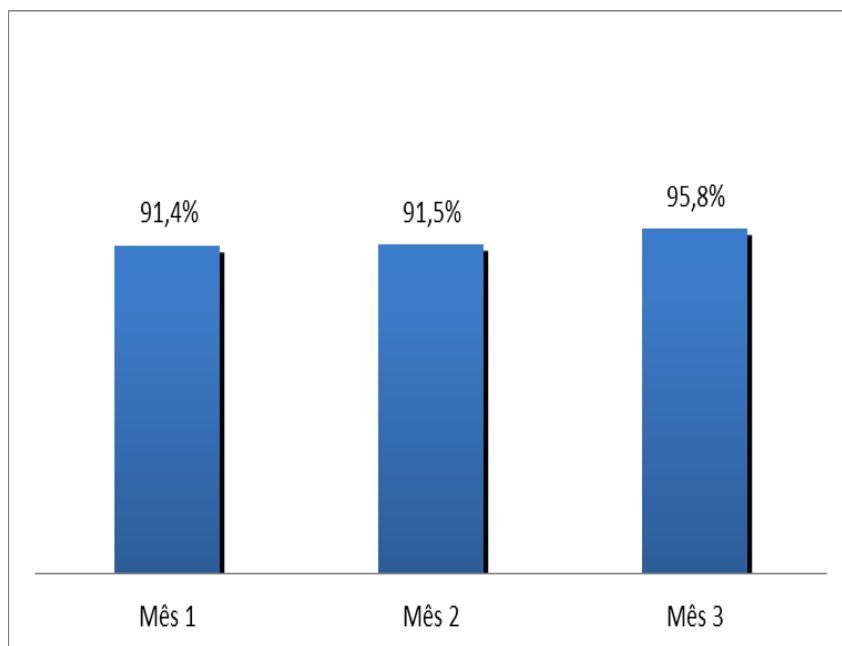


Figura 15. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

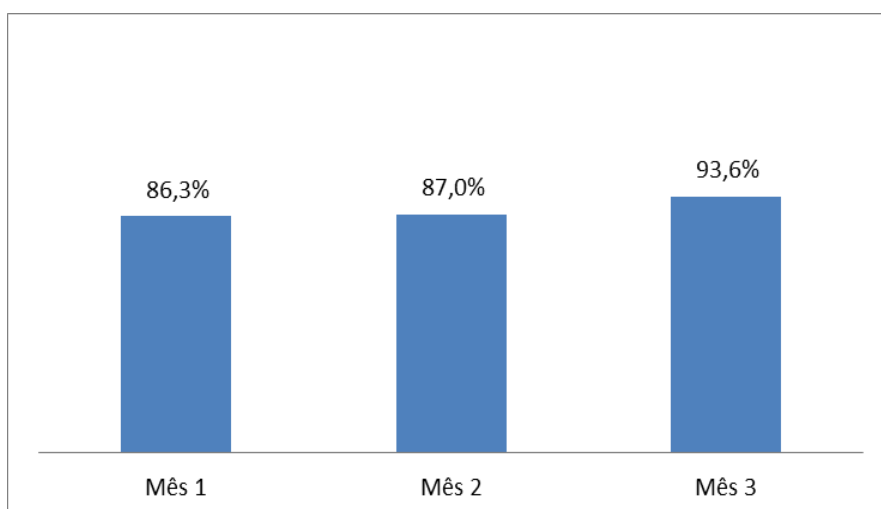


Figura 16. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade UBS.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Os indicadores para a meta 5 representam a proporção de pessoas com HAS e DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Tanto as pessoas com hipertensão como as com DM tiveram sempre uma porcentagem de 100% de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia realizado. Assim a meta foi alcançada (100%) em todos os três meses de intervenção. Foi elaborado um registro onde ficou registrada toda a informação utilizando a estratificação de risco e o número de pessoas HAS e/ou DM atendidas na unidade básica. Também os usuários serão incentivados para oferecer a maior quantidade de informações que possam contribuir na estratificação. Também priorizamos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco realizando um fluxograma, que permita uma resposta adequada ante o possível aumento dos usuários catalogados como de alto risco com o fim de adiantar as tarefas e permitir um melhor desenvolvimento da intervenção. Também realiza atividades educativas para dar a conhecer os fatores de risco é a importância de seu controle para evitar possíveis consequências no futuro na saúde da população. Para conseguir todo isso, foi capacitada a equipe para realizar estratificação de risco.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Os indicadores 6.1 e 6.2 mostram a proporção de pessoas com HAS e/ou DM que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante a intervenção. Tanto as pessoas com HAS e/ou DM foram orientadas aos 100% durante os três meses de intervenção e caso necessário foram encaminhados para

fazer acompanhamento com nutricionista durante todo o processo de intervenção. Foi criado um livro de registro onde fique recolhido o número de consultas realizadas assim como o conhecimento por parte dos mesmos da importância da alimentação saudável. Durante toda a intervenção orientamos as pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Também realizamos reuniões com a presença de nutricionistas com o intuito de informar a comunidade sobre a importância de uma alimentação saudável, o qual é muito importante para o controle da obesidade/síndrome metabólica.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática de atividade física regular.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática de atividade física regular.

Os indicadores 6.3 e 6.4 mostram a proporção de pessoas acompanhadas com orientação sobre a prática de atividade física regular. Durante o primeiro mês 92,6% (75) das pessoas com HAS, 94%(187) durante o segundo mês e 96,8% (395) durante o terceiro mês foram orientados para realizar atividade física regularmente para melhora do tratamento (Figura 14). Por outro lado, as pessoas com DM foram orientadas aos 100% durante três meses para realizar atividade física de forma regular.

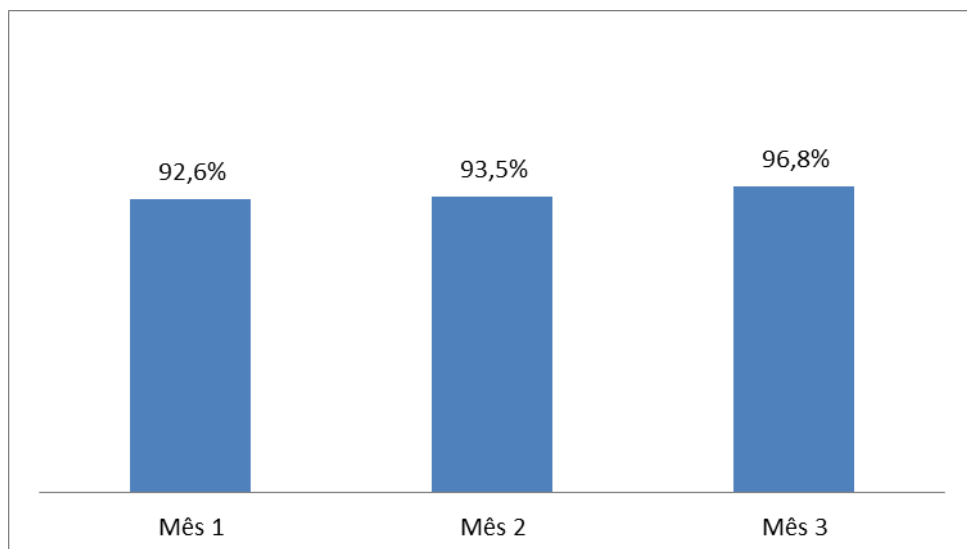


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Os indicadores 6.5 e 6.6 mostram a proporção de pessoas com HAS e/ou DM com orientação sobre os riscos do tabagismo. Tanto as pessoas com hipertensão como as pessoas com diabetes foram orientados aos 100% durante todo o processo de intervenção. Foi criado um livro de registro onde fiquem recolhidos toda a informação e o conhecimento para as mesmas da importância do controle sobre o tabagismo e os efeitos daninhos sobre a saúde. Orientamos as pessoas com HAS e DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Também foram implantadas consultas com atividades relacionadas aos efeitos nocivos, consequência e tratamento do tabagismo com previa capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Os indicadores 6.7 e 6.8 mostram a proporção de pessoas acompanhadas a intervenção e que receberam orientação sobre a higiene bucal. Para as pessoas com HAS atingimos 92,6% (75) dos usuários no primeiro mês, 89% (178) no segundo mês fechando com uma porcentagem de 94,6% (386) com orientação sobre a higiene bucal (Figura 15). Para as pessoas com DM atingimos 100% no primeiro mês, 95,1% (117) no segundo mês, fechando o terceiro mês com uma porcentagem de 97,8% (261) de pessoas com orientação sobre a higiene bucal (Figura 16).

Foi criado um livro de registro onde fique recolhido o numero de consultas efetuadas assim como o conhecimento por parte dos mesmos e da importância do cuidado da higiene bucal. Depois, foram orientadas as pessoas com HAS e/ou DM, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Realizamos reuniões com a presença de cirurgiã-dentista com o intuito de informar sobre a importância da higiene bucal, e a necessidade de realizar consultas necessárias estabelecendo prioridades de atendimento e considerando a classificação do risco odontológico. Foi solicitado aos cirurgiões-dentistas ajustar sua agenda na medida possível para incluir as pessoas com hipertensão e diabetes permitindo maior facilidade no atendimento.

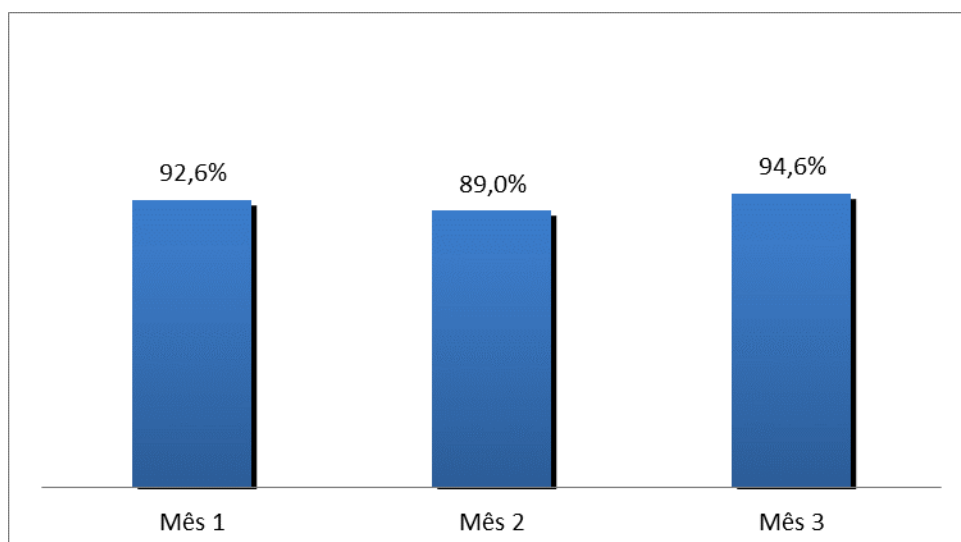


Figura 18. Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

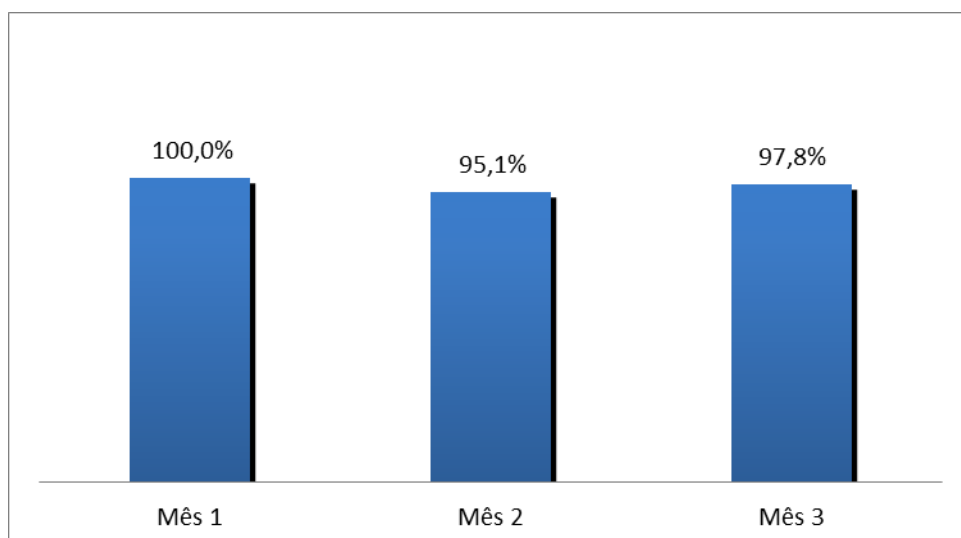


Figura 19. Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS Danilo Corrêa, Autazes\AM.

4.2 Discussão

A intervenção facilitou uma melhoria no programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM de nossa área de abrangência permitindo melhorar a cobertura e uma melhor organização do serviço com um atendimento mais qualificado. Com essa intervenção mais de 500 pessoas com riscos de doenças cardiovasculares e metabólicas foram atendidos e foram acompanhadas 508 pessoas com HAS e/ou DM. Desde o início da intervenção, começamos a atender mais pessoas com HAS e DM organizando as consultas e assim facilitando o acolhimento dos usuários. O engajamento da equipe de estratégia de saúde da família ficou cada vez mais visível o que facilita o trabalho cada dia mais. As técnicas de enfermagem voltaram cada vez mais comprometidas e ajudaram no acolhimento às pessoas com HAS e/ou DM na UBS. Os agentes comunitários de saúde participaram na busca ativa dos usuários faltosos às consultas e orientações domiciliares.

Além do enfrentamento aos problemas do laboratório da Unidade Mista da cidade, a intervenção propiciou a ampliação de cobertura de atenção às pessoas com HAS e DM alcançando maior número de usuários com exames clínicos e complementares em dia de acordo com protocolo de Ministério de Saúde. Depois, desses meses de intervenção temos mais pessoas com HAS e/ou diabetes com prescrição de medicamentos fornecidos pelas farmácias populares/hiperdia. Os agentes comunitários de saúde procuraram cada vez mais os usuários com fatores de risco de doenças cardiovasculares e metabólicas para serem acompanhados e orientados sobre os diferentes riscos em especial sobre o tabagismo, orientação sobre higiene bucal, importância da prática de atividades físicas, orientação sobre alimentação saudável, medidas de prevenção para as pessoas com HAS e DM. Foram oferecidas cerca de 15 palestras programadas e 5 conversas na sala de espera (entre o médico e a enfermeira) para as pessoas com HAS e DM e comunitários com riscos de doenças crônicas. Aproveitamos a intervenção para capacitar a nossa equipe para pôr em prática as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico tratamento e monitoramento da HAS e DM. O médico e a enfermeira ofereceram palestras de capacitação,

atualização e revisão para a equipe a cada mês. Isso facilitou um atendimento com mais qualidade guiada pelos protocolos do Ministério da Saúde.

Toda a equipe está envolvida no atendimento dos usuários. Os agentes comunitários de saúde fazem busca ativa dos usuários na comunidade, trazem os usuários à UBS quando for necessário, ajudaram em preencher as fichas espelho, estão presentes no acolhimento, participaram na orientação os usuários para realizar atividades físicas, seguir uma alimentação saudável. As técnicas de enfermagem realizaram o mapeamento de pressão arterial e as medidas antropométricas, prepararam e organizaram os prontuários, participando no atendimento domiciliar. A enfermeira e o médico fizeram atendimento aos usuários, ofereceram palestras tanto para os funcionários como para os comunitários.

A adesão foi muito boa, pois tanto os moradores como a equipe ficaram felizes com a iniciativa e se comprometeram e engajaram para um ótimo desempenho. Estas palestras foram realizadas na sala de espera da UBS e as consultas nas respectivas salas (consulta da enfermeira, consulta do médico).

A intervenção foi importante para o serviço, pois além do atendimento que já existia nas quartas-feiras de tarde para usuários com HAS e/ou DM, foi organizado de maneira que os usuários hipertensos recentemente cadastrados foram atendidos sem alterar os atendimentos dos outros usuários, sempre que necessário. Já está sendo incorporada esta sistematização na rotina do serviço da UBS Danilo Correa. Para facilitar isso, vamos ampliar o trabalho de motivação e engajamento da comunidade para cuidar da sua saúde sendo acompanhado na unidade. Vamos trabalhar para melhorar os indicadores e já foi orientada a enfermeira que vai levar as dificuldades e carências do município na conferência estadual de saúde prevista o final do mês de janeiro de 2016.

Quanto a importância da intervenção para a equipe, a mesma permitiu descentralizar a atenção aos hipertensos e diabéticos alçando o engajamento de toda a equipe. Agora todos os funcionários são capazes de fazer o acolhimento e pelo menos orientar as pessoas com HAS e/ou DM. A intervenção redefiniu as atribuições de cada integrante (funcionário) da equipe facilitando o trabalho em uma equipe engajada. Isso facilita um melhor acompanhamento dos usuários de nossa unidade.

Para a comunidade, a mesma sentiu o impacto positivo da intervenção através da melhora no atendimento, a facilidade de marcar as consultas e a

disponibilidade das informações, trazendo assim grande importância no dia a dia da comunidade. Os usuários atendidos demonstraram satisfação pelo atendimento engajado da equipe que está dando o melhor para cumprir com os princípios do SUS. Nem todos entendem a importância da intervenção já que alguns não aceitam a prioridade que se está dando às pessoas com HAS e/ou DM, mas estamos fazendo tudo para acompanhar a nossa população. Notamos uma maior participação dos usuários nas consultas, cada vez estão faltando menos usuários. Em 12 semanas alcançamos mudar muitas coisas para aperfeiçoar o atendimento as pessoas com HAS e/ou DM de nossa área de abrangência.

A intervenção poderia ter sido melhor, se tivéssemos iniciado desde o início do curso, pois teríamos mais tempo para realizar as atividades. Nesse caso íamos ter mais tempo para explicar para a comunidade a importância da intervenção e poderíamos atingir porcentagens maiores de atendimento e de indicadores.

A intervenção tem um significativo impacto em outros programas de saúde da unidade já que tentamos oferecer sempre um atendimento integral fazendo ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças, nas palestras oferecidas para os comunitários aproveitamos para falar sobre programas de planejamento familiar, saúde da mulher, saúde do homem, fatores de risco, saúde do idoso etc. Atendendo os familiares, aproveitamos para avaliar a família toda quando caso necessário.

Chegando ao final da intervenção, dá para ver uma equipe mais engajada, disposta a incorporar essa intervenção na rotina do serviço da unidade de saúde. Foi incorporada a rotina do serviço. Quanto aos próximos passos após o término da intervenção, acho que vamos aproveitar muito dessa experiência para implementar outros programas na unidade de estratégia de saúde da família como acompanhamento do pré-natal e puerpério, programas orientados a diminuir as doenças de transmissão sexual.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Realizamos uma intervenção por meio do Curso de Especialização em Saúde da Família, UNASUS/UFPEL vinculado ao Programa Mais Médicos, visando melhorar na Unidade Básica de Saúde Danilo Correa (Autazes/AM) a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na zona de abrangência.

Durante um período de três meses (outubro, novembro e dezembro), nos apoiamos no Caderno de Atenção Básica de Saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos do Ministério da Saúde, e utilizamos a ficha espelho fornecida pelo curso de especialização. A escolha da ação programática foi feita em equipe dado a baixa cobertura que temos comparando a estatística nacional, assim pretendíamos aperfeiçoar esse programa de em nossa Unidade Básica de Saúde.

Com essa intervenção, conseguimos cadastrar, atender, orientar e acompanhar cerca de 508 pessoas no programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Hoje atendemos os usuários com HAS com agenda aberta e os indicadores de qualidade da intervenção apontam que foram monitorados o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia de mais de 97% dos usuários acompanhados. Os faltosos foram monitorados e foi realizada a busca ativa dos mesmos para aperfeiçoar acompanhamento no programa. Tanto os usuários com HAS como os usuários com DM sempre mantiveram uma proporção de 100% de exame clínico em dia de acordo ao protocolo, assim como todos acompanhados foram orientados em relação à prática de atividade física regular e sobre

alimentação saudável. Todos os nossos usuários foram orientados sobre os riscos do hábito de fumar.

Antes da intervenção, os usuários procuravam o médico, mas não havia sistematização nos atendimentos. Com a divisão de tarefas, e o engajamento de toda a equipe, especialmente nas consultas de rotina do programa, conseguimos bons resultados. A unidade ganhou também no sentido de facilitar aos usuários uma resposta as dúvidas que eles tenham. Agora, a demanda está organizada, temos mais controle nos atendimentos com responsabilidade compartilhada de maneira a melhorar a qualidade do serviço nós apoiando no protocolo do Ministério da Saúde.

Para preparar os profissionais de nossa unidade sobre o programa de atenção a HAS e/ou DM, oferecíamos no serviço uma capacitação sobre como íamos fazer a intervenção explicando o protocolo de atendimento, com a finalidade de envolver todos com intervenção. O médico e a enfermeira da Estratégia de Saúde da Família capacitaram os ACS para realizar a busca ativa periódica das pessoas faltosas e procurar os usuários com suspeita de pressão e/ou glicemia elevada da área de abrangência e ainda não cadastrados.

Durante os três meses de intervenção alcançamos 408 usuários hipertensos e 267 usuários diabéticos da área de abrangência. No primeiro mês tivemos 103 usuários cadastrados, - entre eles 81 com HAS e 51 com DM. No segundo mês tivemos 151 usuários cadastrados e entre eles 199 com HAS e 123 com DM. No terceiro mês tivemos 254 usuários cadastrados, entre eles 128 com HAS e 93 com DM. Todos eles são atendidos, orientados e acompanhados por nossa equipe de estratégia de saúde familiar. Graças a essa intervenção, em três meses alcançamos triplicar o atendimento aos usuários diabéticos e dobrar o número de usuários com HAS cadastrados e acompanhados na UBS. Nossa equipe de estratégia de saúde da família incrementa a promoção de saúde, prevenção de doenças e complicações, a participação comunitária no cuidado da saúde através da intervenção. Incorporamos a intervenção na rotina da unidade e os usuários elogiam a nova dinâmica de atendimento. O número de comunitários atendidos aumenta significativamente e a qualidade do acompanhamento está sendo cada vez melhor.

A qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos vem melhorando muito. Reconhecemos a importância de continuar na mesma linha, utilizando o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Os ACS identificam e conhecem mais a sua comunidade com fatores de risco através da ficha espelho.

Toda a equipe está acompanhando aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de maneira a manter a estabilidade prevenindo as possíveis complicações. Hoje os usuários estão mais engajados e comprometidos o que favorece a comunicação, acompanhamento e o retorno.

Em reiteradas reuniões com comunitários de nossa área de abrangência, os usuários expressaram opiniões de satisfação sobre a intervenção. Os profissionais da unidade relataram que a intervenção trouxe uma nova e boa estrutura de atendimento/acompanhamento. Afirmaram que o processo vai continuar e pensam aproveitar da experiência dessa intervenção para melhorar a qualidade de outros programas na unidade voltados aos comunitários.

O sucesso da intervenção é devido ao engajamento de toda a equipe que durante esses três meses acompanhou aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. Agradeço a todos especialmente aos ACS, a minhas orientadoras do curso (eu tive duas) e aos líderes da comunidade por sua contribuição.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

Realizamos uma intervenção na Unidade Básica de Saúde da Família Danilo Correa voltada a saúde dos usuários com pressão alta e/ou diabetes mellitus (“açúcar” elevado no sangue), levando uma melhor qualidade no acolhimento, assistência e acompanhamento nesses últimos três meses. As consultas médicas e o atendimento pela equipe de estratégia de saúde da família aumentaram de maneira significativa os acompanhamentos. Nas últimas 12 semanas atendemos um total de 508 usuários, sendo 408 pessoas com pressão alta e 267 pessoas com diabetes. Muitas pessoas que tinham abandonados o tratamento voltaram a ser atendidos, orientados e acompanhados.

Depois da intervenção os usuários estão mais acostumados a retornar para as consultas programáticas de retorno, coisa que era difícil antes. O seguimento dos usuários com pressão alta e DM está sendo muito mais organizado pela participação e o engajamento da comunidade. Graças à colaboração dos usuários está sendo mais fácil para nós fazer o controle.

Nas rodas de conversa, a comunidade acompanhada durante esse processo de intervenção, mostra a sua satisfação com a nova sistematização de acompanhamento. Os usuários relataram como ficou ótima a ideia de mudança nos atendimentos, agora vocês têm mais acessibilidade às informações sobre os cuidados necessários para manter uma vida saudável e alcançar a estabilidade de suas doenças.

A intervenção permitiu uma melhor organização das consultas. Os usuários com pressão alta e diabetes estão sendo atendidos nos dias de consulta específico para essas doenças, mas deixamos algumas vagas para atendê-los qualquer dia também que seja necessário. Assim, percebemos que a comunidade estava cada vez mais vinculada à UBS procurando maneiras de melhorar seu estado de saúde.

Os agentes comunitários de saúde procuram aos usuários faltosos às consultas para manter a dinâmica de atendimento regular e favorecer um acompanhamento contínuo. Ao trazer aos usuários faltosos, isso permite um controle mais adequado tanto dos diabéticos como dos hipertensos. Apesar de que a cada mês um agente comunitário de saúde entra de férias, a equipe está fazendo tudo para oferecer o melhor para nossos usuários. A busca ativa dos usuários faltosos encontra-se muito mais organizada em nossa unidade depois desse período de intervenção. Essas mudanças aproximam aos usuários da equipe de estratégia. Hoje, os usuários do serviço retornam às consultas programadas com uma maior frequência e número.

A comunidade ganhou muito com a implementação deste projeto de intervenção, e cada dia novos usuários com pressão alta e/ou diabéticos de nossa área de abrangência são cadastrados no programa de atenção para essas doenças e passam a serem atendidos e acompanhados pela equipe. O nosso maior sonho é chegar a cadastrar, atender e acompanhar aos 100% de comunitários moradores em nossa área de abrangência facilitando melhor qualidade na atenção oferecida à nossa população. Para isso contamos com o apoio cada vez maior de vocês, nossa comunidade!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Comecei o curso de especialização em saúde da família muito tempo depois que outros colegas de outros estados, pois ao chegar aqui no Amazonas eu não fui orientado a respeito do curso. Eu vim saber como me inscrever por meio dos colegas que atuam em outros estados. Além disso, aqui em Autazes eu tenho muitas dificuldades com a internet desde minha chegada até a data de hoje.

Tudo isso dificultava o bom entendimento ao início do curso. Precisava um pouco de tempo de leitura e acompanhamento dos orientadores, professores e colegas para entender o ideal da especialização. O apoio dos orientadores sempre me estimulou para fazer as tarefas atrasadas já que em alguns momentos ficaram acumuladas. Com o decorrer do tempo, eu ia entendendo o objetivo do curso ao mesmo tempo em que eu ia gostando cada vez mais do conteúdo. A realização das tarefas e casos clínicos assim como as interações dos fóruns permitiu uma boa integração tanto na especialização como na cultura médica brasileira.

A realização do projeto de intervenção concretizou o cumprimento das expectativas iniciais. Ainda bem ao início da intervenção tínhamos algumas dificuldades com as carências logísticas para colocar as novas ideias no processo de trabalho, mas com o passar dos dias nos acostumamos e as mudanças se adaptavam.

Os casos clínicos, as orientações dos distintos orientadores, as experiências de outros colegas postadas nos fóruns e a vinculação com a equipe de estratégia fortaleceram muito meu processo de aprendizagem e são experiências inesquecíveis na minha vida profissional. Com a intervenção implantada, levamos essa experiência tanto para aperfeiçoar a atenção oferecida aos usuários de nossa área de abrangência como para estimular o engajamento e a participação de todos.

Tanto a equipe como os usuários saíram presenteados com o projeto de intervenção, o que uniu a equipe com os comunitários da área de abrangência. Para alcançar estes resultados e tornar a intervenção uma rotina de trabalho, foi necessário experimentar esse processo de aprendizagem e orientações. A maneira de abordar o engajamento público e a participação de cada profissional para melhorar o serviço ofertado foi chave para chegar ao sucesso.

A especialização em saúde da família trouxe para mim essa dimensão madura na prática profissional. Os conhecimentos adquiridos durante todo este tempo como especializando me servem e vão me servir tanto na estratégia de saúde familiar brasileira como em outras áreas de minha vida profissional. A intervenção no Programa de Saúde para HAS e DM me ajudou a compreender mais o universo particular dos usuários com essas doenças e como estimular aqueles usuários para se engajar e se cuidar cada vez mais. A busca constante para a mudança de costumes prejudiciais e de atender e introduzir novas maneiras de fazer saúde sempre precisam de estratégias e tempo. Graças à colaboração de toda uma equipe aprendemos juntos e muito neste processo de especialização em saúde da família. O curso permitiu organizar o serviço e capacitar a equipe para oferecer uma atenção de saúde com mais qualidade orientada a satisfazer as necessidades dos usuários.

Os indicadores avaliados nas planilhas foram de extraordinário valor em nosso trabalho diário, me ajudaram a capacitar-me e a transmitir essa capacitação a minha equipe para assim cumprir com os itens das planilhas e tudo o que for necessário. A utilização da ficha espelho entraram na rotina de atendimento de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos. A especialização mostrou uma vez mais a importância da promoção em saúde, a prevenção de doenças e complicações, a reabilitação e dos cuidados contínuos programados na atenção primária de saúde. A especialização amplia nossa visão da estratégia saúde da família e indica o caminho a seguir para alcançar tanto os objetivos do Ministério de Saúde como da Organização Mundial de Saúde.

Enfim, como esperei, esse curso de Especialização em Saúde da Família foi um meio para alcançar os objetivos estabelecidos na Atenção Primária. Graças ao conhecimento e experiências adquiridas ao longo deste processo de aprendizagem, estamos oferecendo uma atenção integral, multidisciplinar vendo a cada usuário como um ser biopsicossocial que merece ser acolhido, ouvido, atendido e acompanhado com qualidade, com ética e de maneira responsável e engajado.

Referências

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica DM mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36, Brasília – DF, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica HAS arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37, Brasília – DF, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HAS arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. DM Mellitus Caderno de Atenção Básica nº 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília; 2006.

Apêndices

APÊNDICE A. Fotos da intervenção









Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profa Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	O - Não 1 - Sim	O - Não 1 - Sim	O - Não 1 - Sim	O - Não 1 - Sim	O - Não 1 - Sim	O - Não 1 - Sim	O - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								



**Especialização em
Saúde da Família**

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Anexo C-Ficha espelho

Data do ingresso no programa: ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador: _____ Telefones de contato: _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante